



Háskólinn
á Akureyri

„Að taka skref fyrir skref“

Reynsla einstaklinga í heilsueflandi móttöku af
sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum

Rósíka Gestsdóttir

**Framhaldsnámsdeild
Heilbrigðisvísindasvið
Háskólinn á Akureyri
2019**

„Að taka skref fyrir skref“

Reynsla einstaklinga í heilsueflandi móttöku af
sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum

Rósíka Gestsdóttir

60 eininga ritgerð sem er hluti af
Magister Scientiarum gráðu
í heilbrigðisvísindum

Leiðbeinendur
Dr. Sigrún Sigurðardóttir
Dr. Margrét Ó. Tómasdóttir

Heilbrigðisvísindasvið
Háskólinn á Akureyri
Akureyri, október 2019

„Að taka skref fyrir skref“:

Reynsla einstaklinga í heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum

60 eininga ritgerð sem er hluti af *Magister Scientiarum* gráðu í heilbrigðisvísindum

Höfundarréttur © 2019 Rósíka Gestsdóttir

Öll réttindi áskilin

Framhaldsnámsdeild
Heilbrigðisvísindasvið
Háskólinn á Akureyri
Sólborg, Norðurslóð 2
600 Akureyri

Sími: 460 8000

Skráningarupplýsingar:

Rósíka Gestsdóttir, 2019, *Að taka skref fyrir skref: Reynsla einstaklinga í heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum*, meistararitgerð, Framhaldsnámsdeild, Háskólinn á Akureyri, 90 bls.

Prentun: Háskólaprent

Reykjavík, september 2019

Útdráttur

Bakgrunnur: Rannsóknir sýna að einstaklingar sem hafa orðið fyrir sálrænum áföllum glíma í auknum mæli við fjölþætt heilsufarsvandamál. Heilsueflandi móttaka innan heilsugæslu beinist að skjólstæðingum sem glíma við slík heilsufarsvandamál þar sem veitt er einstaklingsmiðuð meðferð og stuðningur. Áfallamiðuð þjónusta er mikilvæg í heilbrigðisþjónustu og getur eftir lífsgæði einstaklinga eftir sálræn áföll.

Tilgangur: Að skoða reynslu einstaklinga í heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum með það að markmiði að auka þekkingu og dýpka skilning fagfólks á mikilvægi áfallamiðaðrar þjónustu.

Aðferð: Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði og unnið eftir tólf meginþrepum. Þátttakendur voru fimm karlmenn og fimm konur, valin í gegnum heilsueflandi móttöku heilsugæslu. Viðtöl við hvern þátttakanda voru tvö, tuttugu viðtöl í heildina. Notast var við ACE spurningalistann sem skimunartæki fyrir sálrænum áföllum í bernsku og viðtalsramma með opnum spurningum.

Niðurstöður: Sálræn áföll geta haft gríðarleg áhrif á heilsufar einstaklinga til lengri tíma litið og voru niðurstöður greindar í sjö meginþemu: Upplifun af áföllum; Endurtekin áföll; Líkamleg heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum; Geðræn heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum; Vanræksla í æsku;

Úrvinnsla og Áfallamiðuð nálgun. Þátttakendur höfðu töluverða reynslu af sálrænum áföllum og fjölþættum heilsufarsvandamálum, bæði í æsku og á fullorðinsárum. Rauði þráðurinn var að taka þurfi skref fyrir skref við úrvinnslu áfalla og heilsufarsvandamála og áfallamiðaðri nálgun var ábótavant.

Ályktanir: Mikilvægt er að heilbrigðisstarfsfólk hugi að sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum skjólstæðinga, geti veitt stuðning og viðeigandi aðstoð. Með því má fyrirbyggja eða hindra fjölþætt heilsufarsvandamál þar sem sálræn áföll hafa haft áhrif. Áfallamiðuð þjónusta er mjög mikilvæg og getur bætt lífsgæði og heilsufar einstaklinga. Heilsugæslan er oftast fyrsti viðkomustaður skjólstæðinga í heilbrigðiskerfinu. Innan heilsueflandi móttöku heilsugæslu er mikilvægt að kortleggja betur heilsufarsvandamál vegna sálrænna áfalla og veita áfallamiðaða nálgun við skjólstæðinga.

Lykilorð: sálrænt áfall, áfallamiðuð þjónusta, heilsufarsvandamál, heilsugæsla, heilsueflandi móttaka heilsugæslu, heilsugæsluhjúkrun, fyrirbærafræði.

Abstract

Taking step by step: The experience of individuals receiving health-promoting service, of psychological trauma and health-related problems

Background: Research shows that people suffering from psychological trauma have increased multiborbidity. Health-promoting services at health clinics are offered individuals with multiborbidity. Trauma focused services in healthcare help individuals increase quality of life after psychological trauma. Trauma focused care with individual treatment plans play an important role.

Aim: To examine the experience of psychological trauma and health-related problems in individuals receiving health-promoting services. Thus aiming to increase the professionals' awareness of patients' psychological traumas and how to improve health-promoting service within the health clinics.

Method: The Vancouver Schools' of phenomenology, with the twelve steps. Participants were five male and five female, selected through health-promoting services, were interviewed twice, twenty interviews. The ACE questionnaire was used, a screening tool for childhood psychological trauma, combined with interview-frame with open questions.

Results: The main results show psychological trauma can have a profound impact on the general health of individuals, the results were divided into seven themes: Experience of traumas; Repeated traumas;

Health-related problems in child- and adulthood; Psychiatric problems in child- and adulthood; Child neglect; Processing and Trauma focused service. Participants had considerable experience of trauma and multifaceted health problems in child- and adulthood. It was important for them to go step by step through the healing process and Trauma focused service was lacking.

Conclusions: Healthcare professionals must pay attention to psychological traumas in relation to health-related problems to provide support for recovery. Thus possibly preventing multiborbidity connected to psychological trauma. Trauma focused services are an important part of healthcare and improves quality of life and health. The primary health care clinic is the first-place individuals visit within the health system. It is key to identify the signs of lifetime trauma in relation to health problems and focus the care according to the individual needs of the patient.

Key words: Psychological trauma, trauma focused service, health-related problems, primary health care clinic, health-promoting service, nursing in primary health care clinic, phenomenology.

*„Storm makes trees take deeper roots“
Dolly Parton*

Efnisyfirlit

Þakkir	xi
---------------------	-----------

Kafli 1. Inngangur	1
---------------------------------	----------

Fræðileg umfjöllun.....	2
Skilgreining á sálrænum áföllum.....	2
Viðbrögð við sálrænum áföllum	3
Sálræn áföll í æsku - ACE.....	4
Áhrif sálrænna áfalla á heilsufar.....	6
Líffræðilegur heilsufarsvandi.....	7
Líkamlegur heilsufarsvandi.....	9
Geðrænn heilsufarsvandi.....	10
Heilsueflandi móttaka heilsugæslu.....	11
Heilsugæsluhjúkrun í tengslum við áfallamiðaðar nálganir.....	12
Aðgerðaráætlanir innan heilsugæslunnar við sálrænum áföllum.....	13
Áfallamiðuð þjónusta.....	15
Gagnlegar meðferðir áfallamiðaðrar þjónustu.....	17
Ávinningur áfallamiðaðrar þjónustu.....	21
Val á rannsóknaraðferð.....	21
Markmið og rannsóknarspurning.....	22

Kafli 2. Síðari hluti - Fullbúið handrit að vísindagrein.....	23
--	-----------

Útdráttur.....	23
English summary.....	25
Inngangur.....	27
Einkenni og afleiðingar sálrænna áfalla.....	27
Sálræn áföll í æsku og ACE spurningalistinn.....	28
Heilsugæslan í framlínu.....	28
Heilsueflandi móttaka heilsugæslu og áfallamiðuð nálgun.....	29
Áfallamiðuð þjónusta.....	29

Tilgangur rannsóknar og rannsóknarspurning.....	31
Aðferð.....	31
Rannsóknaraðferð.....	31
Þátttakendur.....	32
Gagnasöfnun og gagnagreining.....	32
Réttmæti og áreiðanleiki rannsóknar.....	33
Rannsóknarskiðfræði.....	33
Niðurstöður.....	34
<i>Upplifun af áföllum</i>	35
<i>Endurtekin áföll</i>	36
<i>Líkamleg heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum</i>	37
<i>Geðræn heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum</i>	38
<i>Vanræksla í æsku</i>	39
<i>Úrvinnsla</i>	40
<i>Áfallamiðuð nálgun</i>	41
Umfjöllun um niðurstöður.....	42
<i>Upplifun þátttakenda af sálrænum áföllum</i>	42
<i>Vanræksla í æsku og ábyrgðarskylda</i>	43
<i>Áhrif sálrænna áfalla á heilsufar</i>	44
<i>Úrvinnsla og reynsla af áfallamiðaðri þjónustu</i>	45
<i>Þörf fyrir framtíðarrannsóknir</i>	46
<i>Mikilvægi niðurstaðna rannsóknarinnar</i>	47
Lokaorð.....	48
Hagnýting rannsóknarniðurstaðna.....	48
Þakkir.....	49
Heimildaskrá.....	50

Töflur:

Tafla 1. Rannsóknarferill Vancouver-skólans í tengslum við umrædda rannsókn.....	56
Tafla 2. ACE stigafjöldi hjá þátttakendum í rannsókn.....	58
Tafla 3. Kynjamunur í ljósi meginþema í rannsókninni.....	61

Myndir:

Mynd 1. Vitraent vinnuferli Vancouver-skólans í fyrirbærafræði.....	64
Mynd 2. Heildargreiningarlíkan þátttakenda í rannsókn byggt á þemum...	65

Heimildaskrá fyrir hluti ritgerðar.....	66
---	----

Viðaukar fyrir fyrri hluta ritgerðar

Viðauki A - Kynningarbréf.....	78
Viðauki B - Upplýst samþykki.....	81
Viðauki C - Hálfstaðlaður viðtalsrammi.....	83
Viðauki D - ACE spurningalistinn.....	85
Viðauki E - Samstarfslýsing A.....	87
Viðauki F - Samstarfslýsing B.....	88
Viðauki G - Samstarfslýsing C.....	89
Viðauki H - Yfirlýsing varðandi tímaritsgrein.....	90

Þakkir

Undirrituð vill fyrst og fremst þakka þátttakendunum tíu fyrir þátttöku sína í rannsókninni. Allir deildu þeir reynslu sinni af velvilja og hugrekki á einstakan hátt og gerðu rannsóknina mögulega.

Þakkir eru færðar þeim samstarfsaðilum sem komu að rannsókninni; Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga fyrir veittan rannsóknarstyrk úr B-hluta Vísindasjóðs.

Ég þakka leiðbeinendum mínum, Sigrúnu Sigurðardóttur og Margréti Ó. Tómasdóttur fyrir faglega leiðsögn í gegnum rannsóknarferlið, fyrir að hafa trú á þessu verkefni og hvetja mig áfram við framkvæmd þess. Ég þakka nánustu fjölskyldu minni og vinum fyrir stuðning og hvatningu.

Ég þakka þá sérstaklega Alexander manninum mínum fyrir að vera kletturinn minn í gegnum þetta ferli og veita mér óendanlega þolinmæði, hvatningu, ást og umhyggju. Saman getum við allt!

Kafli 1. Inngangur

Rannsóknin fjallar um reynslu einstaklinga í heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum. Í þessum kafla verður bakgrunnur efnisins tekinn saman í fræðilega umfjöllun þar sem fjallað er um helstu rannsóknir sem tengjast efninu. Sálræn áföll og fjölþætt heilsufarsvandamál verða skilgreind ásamt þeim áhrifum sem sálræn áföll í æsku hafa í för með sér. Fjallað verður um rannsóknir sem hafa verið gerðar varðandi áfallamiðaða þjónustu fyrir einstaklinga sem hafa orðið fyrir sálrænum áföllum. Skoðað verður í hverju meðferðirnar eru fólgnar, hvað hefur reynst vel og þar með sýnt fram á mikilvægi áfallamiðaðrar þjónustu. Markmiðum og mikilvægi heilsueflandi móttöku heilsugæslu verða gerð skil í ljósi áfallamiðaðrar þjónustu og fjallað verður um þá aðgerðaráætlun sem stuðst er við innan heilsugæslunnar í ljósi sálrænna áfalla einstaklinga.

Í lok kaflans er rannsóknarspurningin sem leitast var við að svara við gerð rannsóknarinnar, sett fram ásamt vali á rannsóknaraðferð.

Tímaritsgrein sem var gerð í tengslum við ritgerðina í ljósi rannsóknarefnisins, má finna í seinni hluta ritgerðarinnar. Verður hún birt í Tímariti Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga síðar á árinu.

Fræðileg umfjöllun

Stór hluti einstaklinga verður fyrir einhvers konar sálrænum áföllum á lífsleið sinni og er slíkt oft óhjákvæmilegt. Rannsóknir sýna að heilsufar einstaklinga sem hafa orðið fyrir sálrænum áföllum fer versnandi, sem hefur einnig áhrif á lífsgæði og afkomu síðar meir. Mikilvægt er því að hlúa vel að einstaklingum sem glíma við sálræn áföll og heilsufarsvandamál (Bryan, 2019; Hughes, 2017; Read, Harper, Tucker og Kennedy, 2018; Sweeney, Filson, Kennedy, Collinson og Gillard, 2018).

Skilgreining á sálrænum áföllum

Nokkrar skilgreiningar á sálrænum áföllum hafa verið settar fram síðustu áratugi í tengslum við erlendar rannsóknir (SAMHSA Trauma and Justice Strategic Initiative, 2014). Sálrænt áfall (e. psychological trauma) hefur verið skilgreint samkvæmt bandaríska sálfræðifélaginu sem tilfinningalegt viðbragð gagnvart atburðum sem ógna lífi og heilsu einstaklinga svo sem vegna slysa, náttúruhamfara og nauðgunar (American Psychological Association, 2018).

Sálrænt áfall einkennist af yfirpyrmandi streitu sem einstaklingur upplifir sig ekki ráða við og getur slíkt haft alvarleg áhrif í för með sér (Read o.fl., 2018; Sweeney o.fl., 2018). Áhrif sálrænna áfalla geta verið menningarbundin með tilliti til upplifunar, atferlis og hegðunar einstaklinga. Áhrif sálrænna áfalla geta þá erfst á milli kynslóða (Fischer o.fl., 2019; Stephens, 2019).

Viðbrögð við sálrænum áföllum

Þegar einstaklingur hefur orðið fyrir sálrænu áfalli, bregst líkaminn við með því að flýja, berjast eða frjósa, eru það ósjálfráð viðbrögð og bjargráð líkamans. Allir einstaklingar sem upplifa sálræn áföll ganga í gegnum slíkt ferli en þó með mismunandi viðbrögðum. Viðbrögðin sem eru fólgin í því að flýja eða berjast þegar hætta steðjar að (e. fight or flight response), eru þau streituviðbrögð sem eru mest þekkt þegar sálræn áföll eiga sér stað. Minna hefur verið fjallað um viðbrögðin að frjósa í aðstæðunum. Líkaminn metur það ósjálfrátt hverju sinni hvaða viðbrögð er hentugast í aðstæðunum til að einstaklingurinn lifi af. Ef svigrúm varðandi tíma er til staðar og líkaminn býr yfir styrk, bregst einstaklingurinn við með því að flýja. Ef tíma skortir en styrkur er til staðar bregst líkaminn við með því að berjast gegn atburðinum sem steðjar að. Ef ekki er möguleiki fyrir þessi tvö viðbrögð bregst líkaminn við með því að frjósa og gefur einstaklingnum möguleika á að lifa ógnina af (Rothschild, 2000; Schmidt, Richey, Zvolensky og Maner, 2008).

Viðbrögð við sálrænum áföllum koma yfirleitt fram stuttu eftir að atburðurinn sem ógnar einstaklingnum á sér stað. Mismunandi er hvernig einstaklingar takast á við slíkt og hvernig áhrif sálrænna áfalla koma fram. Langvarandi áhrif sálrænna áfalla skipta miklu máli í tengslum við heilsufar síðar meir (American Psychological Association, 2018).

Mismunandi er hversu sterk áhrif koma fram í kjölfar sálrænna áfalla á líðan og heilsufar einstaklinga. Nokkrir þættir eru taldir hafa áhrif á viðbrögð einstaklinga við áföllum og þá hvernig þeir takast á við sálræn áföll sín til lengri tíma lítið. Þessir þættir eru trú, lífsfylling, hæfnin til að aðlagast og takast á við álag, jákvæðni og það hvað einstaklingurinn telur

að sé mikilvægt fyrir sig í lífinu (Abel, Walker, Samios og Morozow, 2014).

Seigla og ýmis konar bjargráð sem einstaklingar tileinka sér eftir sálræn áföll, eru einnig mjög stórir þættir í tengslum við viðbrögð einstaklinga við sálrænum áföllum. Hvernig einstaklingur tekst á við sálrænt áfall strax í upphafi getur haft áhrif á hvernig hann tekst á við næsta sálræna áfall, með bjargráðum og seiglu. Þegar seigla er til staðar, er átt við ákveðið mynstur í fari einstaklinga sem byggir á þrautseigju, bjartsýni, ákveðnum þroska og viljastyrk sem miðar að úrlausn vandamála með það markmið að efla lífsgæði. Það hvernig einstaklingur sýnir seiglu eftir sálræn áföll getur haft jákvæð áhrif á líf viðkomandi, hjálpað til við úrvinnslu og hindrað margvísleg heilsufarsvandamál (Beutel o.fl, 2017; James o.fl, 2013; Su og Chen, 2015).

Sálræn áföll í æsku – ACE

Áhrif sálrænna áfalla í æsku á heilsufar síðar meir eru þekkt.

Rannsókn Fellitti o.fl., 1998 er ein þekktasta rannsóknin sem endurspeglar slíkt. Þátttakendur í rannsókninni voru 9508 og var svarhlutfall 70,5%. Markmið rannsóknarinnar var að kanna tengsl á milli illrar meðferðar, vanrækslu í æsku og heilsufarsvandamála fullorðinna. Um var að ræða spurningalista sem var sendur rafrænt til þátttakenda, búsettra í San Diego og höfðu fengið heilbrigðisþjónustu á ákveðinni stofnun þar. Rannsóknarteymið hannaði ákveðið mælitæki, ACE-spurningalistinn, sú skammtstöfun stendur fyrir Adverse Childhood Experiences eða erfiðar upplifanir í æsku. Upphaflegi ACE-spurningalistinn sem rannsóknarteymi Fellitti þróaði samanstendur af sjö

meginspurningum og gefur hver spurning eitt stig sé henni svarað jákvætt. Út frá listanum er einfalt að reikna út ACE-stigafjölda, frá 0-7 eftir jákvæðum svörum hvers einstaklings. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að meira en helmingur þátttakenda hafði upplifað að minnsta kosti eitt áfall í æsku og sterk fylgni kom fram varðandi stigafjölda á ACE listanum í ljósi algengra heilsufarsvandamála. Þeir þátttakendur sem skoruðu fjögur eða fleiri stig á spurningalistanum voru 4-12 sinnum líklegri til að þróa með sér heilsufarsvandamál eins og þunglyndi, aukna áfengis- og fíkniefnaneyslu og gera tilraunir til sjálfsvígs. Þeir þátttakendur sem skoruðu yfir fjögur stig á spurningalistanum voru líklegri til að glíma við offitu, hjarta-, lifrar- og lungnasjúkdóma, krabbamein o.fl. Meginniðurstaðan var sú að því fleiri áföllum sem þátttakendur höfðu orðið fyrir í æsku samkvæmt meginspurningunum sjö á ACE spurningalistanum, því útsettari voru þeir fyrir fjölþættum heilsufarsvandamálum á fullorðinsárum.

Fræðileg rannsóknarsamantekt Hornor (2015) fjallaði jafnframt um að einstaklingar sem verða fyrir sálrænum áföllum í æsku, geta þróað með sér vanlíðan sem kemur fram á fullorðinsárum. Einstaklingar sem upplifa vanrækslu í æsku, skortir stuðning og umhyggju sem getur haft áhrif á þá síðar meir. Erfiðara getur orðið fyrir þá að aðlagast og fóta sig í lífinu þar sem mikil áhrif geta komið fram á sjálfsmynd þeirra og öryggi sem rekja má til áfalla í æsku. Fleiri erlendar rannsóknarsamantektir styðja að sálræn áföll í æsku hafi mikil áhrif á lífsgæði og afkomu einstaklinga til framtíðar (Bryan, 2019; Hughes o.fl., 2017; Read o.fl., 2018; Sweeney o.fl., 2018; Wall, Higgins og Hunter, 2016).

Íslenskar fyrirbærafræðilegar rannsóknir hafa sýnt fram á sambærilegar niðurstöður við erlendar rannsóknir, að sálræn áföll eins og kynferðislegt

ofbeldi í æsku, geta haft í för með sér mikil áhrif á fjölþætta heilsu einstaklinga (Sigrún Sigurðardóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2009; Sigurdardóttir, Halldórsdóttir og Bender, 2014).

Stór þversniðsrannsókn meðal fullorðinna Norðmanna sýndi fram á að sterk fylgni var á milli sálrænna áfalla í æsku og heilsufarsvandamála á fullorðinsárum. Mestu áhrifin komu fram á geðheilsu, líkamleg heilsufarsvandamál eins og verkir og stoðkerfisvandamál voru áberandi ásamt lélegri tannheilsu. Ýmsir lífsstílstengdir þættir komu fram sem höfðu áhrif á heilsufar, svo sem svefnvandamál og hreyfingarleysi (Tomasdóttir o.fl., 2015).

Áhrif sálrænna áfalla á heilsufar

Andleg og líkamleg áhrif sálrænna áfalla einstaklinga geta verið margvísleg og er misjafnt hvernig einstaklingar takast á við þau. Margir upplifa varnarleysi og vanmátt og tileinka sér óheppileg bjargráð sem með tímanum hafa slæm áhrif á heilsufar (Cascio, 2019; Konkolý o.fl., 2017). Ákveðin þróun á heilsufarsvandamálum getur þá átt sér stað sér í lagi ef einstaklingar ná ekki að vinna úr sálrænum áföllum og er misjafnt hversu hröð sú þróun er. Þegar margvísleg heilsufarsvandamál eru komin fram hefur slíkt oft mikil áhrif á andlega og líkamlega líðan og viðkomandi getur upplifað sig fastan í ákveðnum vítahring sem þarfnast mögulega nánari meðhöndlunar (Meshberg-Cohen, Black, DeViva, Petrakis og Rosen, 2019; van den Berk-Clark o.fl., 2018; van der Merwe og Hunt, 2019).

Áhrifin sem geta komið fram geta jafnframt verið fólgin í breytingum á atferli og hegðun einstaklinga, þeir geta glímt við flóknar tilfinningar

varðandi áfallið og fengið endurupplifanir á áföllum (American Psychological Association, 2018; Read o.fl., 2018; Sweeney o.fl., 2018; Wall o.fl., 2016). Niðurstöður rannsókna Cascio (2019), Margrétar Ó. Tómasdóttur (2017) og Felitti o.fl. (1998) sýndu fram á að sterk tengsl væru á milli sálrænna áfalla einstaklinga og fjölþættra heilsufarsvandamála seinna á ævinni. Um líffræðileg, líkamleg og geðræn heilsufarsvandamál getur verið að ræða í kjölfar sálrænna áfalla.

Líffræðilegur heilsufarsvandi

Sálræn áföll geta haft margs konar líffræðileg áhrif á líkamann og heilsufarsvandamál í för með sér. Þau viðbrögð sem koma ósjálfráða taugakerfi líkamans af stað eru hvað þekktust ásamt svokölluðum HPA-ás (e. hypothalamopituitary-adrenal axis) sem stýrir seytun á boðefninu kortisól sem hækkar hratt við streituáreiti sem kemur fram þegar hætta steðjar að. Kortisól lækkar síðan yfirleitt aftur jafnt og þétt með tímanum. Ef einstaklingur glímir við stöðuga streitu og verður fyrir endurteknum áföllum, getur komið fram ójafnvægi á þessu líffræðilega kerfi sem verður til þess að ýmis heilsufarsvandamál geta komið fram. Hvað varðar taugakerfi líkamans þá ræsist það með því að hormón frá nýrnahettum senda boð frá sér sem leiðir til örari hjartsláttar. Sykrur losna út í blóðrásina og aukið blóðflæði streymir til vöðvanna sem gerir það að verkum að einstaklingurinn á auðveldara með að bregðast við hættunni sem steðjar að. Þar með byrja líffræðileg viðbrögð líkamans og streitukerfi líkamans virkjast í kjölfarið. Allir einstaklingar sem verða fyrir sálrænum áföllum takast á við þessi lífeðilisfræðilegu viðbrögð sem eru fólgin í því að flýja, berjast eða að frjósa (e. fight or flight response) (Martinson, Craner og Sigmon, 2016; Rothschild, 2000; Schmidt o.fl.,

2008). Ef streituástand er viðvarandi til langs tíma geta komið fram varanlegar breytingar á streitukerfunum sem sem til lengri tíma geta leitt af sér ýmsa heilsufarskvilla (Dhabar, 2014).

Fræðileg rannsóknarsamantekt Danese og McEwen (2012) fjallaði um rannsóknir víðsvegar um heiminn meðal barna og fullorðinna sem höfðu orðið fyrir sálrænum áföllum á fyrstu æviárum sínum. Mikil áhrif komu fram á tauga- og ónæmiskerfi þeirra. Jafnvægi milli þessara kerfa gaf til kynna hvernig hæfni einstaklinga væri til að takast á við sálræn áföll og að umhverfið hefði þar mikil áhrif á. Bent var á að líffræðilegir þættir eins og erfðir og genatjáning skipti miklu máli og getur haft áhrif á þessa hæfni. Reynslan af sálrænum áföllum getur farið ósjálfrátt í minni líkamans, líkaminn muni það sem gerðist. Getur slíkt haft líffræðileg áhrif í för með sér síðar. Jafnframt voru áhrif á heilastarfsemi og breytingar voru á boðefnum í heila. Sýnilegar breytingar voru varðandi útlit á heila barnanna, heilabörkurinn var annað hvort mun minni um sig eða stærri en í börnum sem höfðu ekki orðið fyrir sálrænum áföllum í æsku. Hjá fullorðnu einstaklingunum mátti greina hægari starfsemi í framanverðum heilaberki. Börnin áttu erfitt með að einbeita sér og báru sig almennt verr á margvíslegan hátt. Breyting varð á frumustarfsemi, frumurnar voru þroskaðri í útliti og hreyfðu sig hæggar um. Hraðari öldrun á líkamsstarfsemi átti sér stað og líffæri voru í verra ásigkomulagi þar af leiðandi. Meðal barnanna mældist boðefnið kortisól ýmist hátt eða lágt, ónæmiskerfið var veikara og þau urðu útsettari fyrir margvíslegum veikindum eins og þeir fullorðnu.

Líkamlegur heilsufarsvandi

Líkamleg heilsufarsvandamál í tengslum við sálræn áföll geta verið margvísleg. Samantekt Beckie (2012) endurspeglar 58 rannsóknir víðsvegar um heiminn frá árunum 1997-2012 sem gáfu til kynna að ýmsir þættir hefðu áhrif á það hversu útsettir einstaklingar væru fyrir heilsufarsvandamálum. Sterkt samband var á milli fjölpættra heilsufarsvandamála, stöðu einstaklinga í samfélaginu, lífsstíls, kynþáttar o.fl. Íslenskar fyrirbærafræðilegar rannsóknir sem byggja á djúpvíðtölum hafa sýnt fram á að fjölpætt líkamleg veikindi geta haft mikil áhrif á einstaklinga í ljósi sálrænna áfalla. Verkir og bólgur víðsvegar um líkama ásamt ýmis konar sýkingum geta komið fram (Sigrún Sigurðardóttir o.fl., 2009; Sigurdardóttir o.fl., 2014).

Í rannsóknarsamantekt Hughes o.fl. (2017) voru skoðaðar 37 rannsóknir frá Bretlandi, Bandaríkjunum og Finnlandi. Rannsóknirnar endurspegluðu reynslu 250 þúsund einstaklinga. Stuðst var við ACE spurningalistann í rannsóknunum og áttu þátttakendur það sameiginlegt að hafa skorað yfir fjögur stig á ACE listanum. Sterk fylgni var við sjúkdóma eins og öndunar- og hjartasjúkdóma, aukna áfengisneyslu o.fl. Minni fylgni var við heilsufarsvandamál eins og sykursýki og ofþyngd. Sterkari fylgni var við áfengissýki, ofbeldishegðun, fíkniefna- og lyfjanotkun og kynsjúkdóma. Sterkust var fylgnin á milli sálrænna áfalla og sjálfsvígstilrauna þar sem fylgni var meira en þrítugföld.

Geðrænn heilsufarsvandi

Margvísleg geðræn heilsufarsvandamál geta komið fram eftir sálræn áföll (Sweeney o.fl., 2018). Einstaklingar geta einnig þróað með sér sjálfskaðandi hegðun í kjölfar sálrænna áfalla, eins og vímuefnaneyslu, reykingum, óhollu matarræði, hreyfingarleysi, sem getur haft mikil áhrif á geðræna heilsu og líðan (Meshberg-Cohen o.fl., 2019; Sigurdardóttir o.fl., 2014; van den Berk-Clark o.fl., 2018; van der Merwe o.fl., 2019). Flóknar og neikvæðar tilfinningar geta komið fram eftir sálræn áföll ásamt breyttum hugsunarhætti og atferli einstaklinga. Tilfinningar eins og depurð, kvíði, þunglyndi og skömm geta komið fram. Þeir einstaklingar sem hafa upplifað mörg áföll eru líklegri til að þróa með sér geðræn heilsufarsvandamál heldur en þeir sem hafa upplifað eitt áfall, líkt og varðandi líkamleg heilsufarsvandamál (Martin, Cromer, Deprince og Freyd, 2013). Einstaklingar geta einnig einangrað sig og fundið fyrir ótta og hræðslu eftir sálræn áföll (Sigrún Sigurðardóttir o.fl., 2009). Kvíði fyrir einhverju sem tengist sálrænum áföllum getur verið einkenni áfallastreituröskunar. Viðkomandi getur þróað með sér slíkan kvíða ef ekki er unnið úr áfallinu á markvissan hátt. Einstaklingar geta þróað með sér áfallastreituröskun sé ekki unnið úr áfallinu og þurfa einkenni tengd atferli, hugarfari og tilfinningalífi að hafa staðið yfir í meira en einn mánuð frá því að áfallið átti sér stað. Einkenni áfallastreituröskunar er að viðkomandi upplifir áfall sitt á ný endurtekið (e. flashbacks) og í framhaldi koma fram sterk líkamleg og geðræn viðbrögð. Svokallaðar kveikjur (e. triggers) koma endurupplifunum af stað. Skynjunin sem fylgir kveikjunum virkar lífshættuleg fyrir viðkomandi og algengt er að raunveruleikaskyn skerðist (Greenberg, Brooks og Dunn, 2015).

Íslensk rannsókn frá árinu 2018 meðal 29 þjónustuþega á geðsviði Landspítala Háskólasjúkrahús, sýndi fram á að 92,2% þátttakenda höfðu orðið fyrir sálrænu áfalli. Rannsóknin var forrannsókn þar sem hún er hluti af stærri rannsókn sem er enn í vinnslu. Aldursbil þátttakenda var 20-55 ára og voru þeir af báðum kynjum. Fjöldi áfalla voru 7,3 að meðaltali sem þátttakendur höfðu upplifað fyrstu 18 ár ævinnar. Tíðnin var aðeins meiri meðal kvenna og áföll tengd kynferðisofbeldi voru algengust. Sterk fylgni var á milli áfallastreituröskunar og áfalla í æsku en meirihluti þátttakenda taldi sig hafa einkenni áfallastreituröskunar og ekki var munur á milli kynja (Lilja Dís Ragnarsdóttir, 2018). Einstaklingar sem hafa orðið fyrir sálrænu áfalli í æsku svo sem kynferðislegu ofbeldi, eru í fimmfalt meiri áhættu á að glíma við áfallastreituröskun, miðað við einstaklinga sem hafa ekki orðið fyrir slíku (Sanchez o.fl., 2017).

Heilsueflandi móttaka heilsugæslu

Hvar sem er innan heilsugæslunnar er hægt að veita skjólstæðingum faglegan stuðning. Innan heilsueflandi móttöku heilsugæslu er þó sérstaklega hægt að greina á ítarlegri hátt heilsufarsvandamál þar sem móttakan beinist að þeim skjólstæðingum sem glíma við fjölþættan eða langvinnan vanda, svo sem sykursýki, offitu og geðræn veikindi. Áhersla er á að hjálpa einstaklingunum með bjargráð við sjúkdómum sínum, að stuðla að breytingum á lífsstílstengdum þáttum og veita meðferðir og stuðning sem ná yfir margvíslega þætti hverju sinni. Huga þarf að bæði líkamlegum og geðrænum þáttum skjólstæðinga, þar með töldum sálrænum áföllum sem koma oft upp á borðið. Meðferðir innan

heilsueflandi móttöku heilsugæslu falla undir áfallamiðaðar nálganir: einstaklingsmiðaðar meðferðir, eflingu á sjálfsmynd og sjálfsöryggi einstaklinga. Í heilsueflandi móttöku er stuðst er við faglega nálgun og teymisvinna mismunandi fagaðila er viðhöfð. Markmiðasetning er grundvallaratriði í samstarfi við skjólstæðinga til að ná árangri og hjálpar til við eflingu á lífsstílstengdum þáttum og í tengslum við margvísleg heilsufarsvandamál. Stuðningur við breytingar á lífsstíl hefur áhrif á fjölþættan hátt, á líffræðilega, líkamlega og geðræna heilsu einstaklinga. Hlutverk heilsueflandi móttöku í heilsugæslu er því ákaflega mikilvægt og nauðsynlegt er að slík þjónusta standi til boða fyrir skjólstæðinga (Bryant, Hess og Bowen, 2015; Buja o.fl., 2018; NICE, 2014; Yumuk o.fl., 2015).

Heilsugæsluhjúkrun í tengslum við áfallamiðaða þjónustu

Mikilvægt er að áfallamiðuð þjónusta sé veitt hvar sem er innan heilbrigðiskerfisins, þó skal geta þess að heilsugæslan er í framlínu og er kjörinn vettvangur fyrir áfallamiðaða þjónustu þar sem hún er oftast fyrsti viðkomustaður skjólstæðinga í heilbrigðiskerfinu. Rauði þráðurinn sem er fólgin í áfallamiðaðri þjónustu er að fagfólk þekki fyrst og fremst einkenni og afleiðingar sálrænna áfalla, geti veitt stuðning og kunni að bregðast við með viðeigandi úrræðum með eflingu á lífsgæðum að leiðarljósi. Með því er hægt að hindra eða takmarka þær langtímaafleiðingar sem geta komið fram vegna heilsufarsvandamála (Dam, Ehring, Vedel og Emmelkamp, 2013; Joiner og Buttell, 2018; Mohr o.fl., 2018; Murray o.fl., 2014).

Hjúkrunarfræðingar jafnt sem annað heilbrigðisstarfsfólk innan heilsugæslunnar eru í lykilstöðu til að veita áfallamiðaða þjónustu. Heilsugæsluhjúkrun er fólgin í auknum gæðum í þjónustu, þróunarvinnu, öryggi og fagmennsku innan hjúkrunar. Notast skal við heildræn sjónarmið, hafa í huga að byggja upp góð meðferðarsambönd við skjólstæðinga og sýna áhuga varðandi eflingu sem fagmaður í klínísku starfi til að efla gæði veittrar þjónustu. Einnig er mikilvægt að notast við gagnreyndar árangursríkar meðferðir sem eru byggðar á rannsóknum og styðjast við fjölbreytileika í meðferðarvinnu. Hjúkrunarfræðingar á heilsugæslum hafa mikil tækifæri við nálgun skjólstæðinga, sama hvar þeir starfa innan heilsugæslunnar. Áfallamiðaðar nálganir falla því vel undir markmið heilsugæsluhjúkrunar og ætti slík nálgun ávallt að vera partur af heilsugæsluhjúkrun (Hamric, Hanson, Tracy, og O'Grady, 2014).

Aðgerðaráætlanir innan heilsugæslunnar við sálrænum áföllum

Misjafnt er hvort áfallamiðaðar þjónustur standi til boða víðsvegar í heiminum. Þar sem áfallamiðuð þjónusta er veitt er hún komin misjafnlega langt á veg í tengslum við verkferla og aðgerðaráætlanir. Áfallamiðuð þjónusta innan heilbrigðiskerfisins í Ástralíu er til að mynda framarlega þegar kemur að úrvinnslu sálrænna áfalla og hefur verið stuðst við mörg líkön þar sem endurspegla verkferla við sálrænum áföllum (Wall o.fl., 2016).

Ef horft er til áfallamiðaðrar þjónustu innan heilsugæslunnar á Íslandi þá hefur Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins stuðst við aðgerðaráætlun í tengslum við ofbeldi sem flokkast undir sálrænt áfall. Aðgerðaráætlunin

byggir á Mannréttindastefnu Reykjavíkurborgar, Aðgerðaáætlun ríkisstjórnarinnar vegna ofbeldis á heimilum og kynferðislegs ofbeldis, Samningi Evrópuráðsins um forvarnir og baráttu gegn ofbeldi á konum og heimilisofbeldi (Istanbúlsamningurinn), Mannréttindayfirlýsingu Sameinuðu þjóðanna, Lögum um jafna stöðu og jafnan rétt kvenna og karla nr. 10/2008 Evrópusáttmála um jafna stöðu kvenna og karla í sveitarfélögum og héraðum o.fl. Aðgerðaráætlunin samanstendur af nokkrum þáttum þar með talið aukinni vitundarvakningu, ráðgjöf og stuðning við brotþola og gerendur o.fl. (Reykjavíkurborg, 2018).

Innan aðgerðaráætlunnar er átakið „Saman gegn ofbeldi,, sem Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins er þátttakandi í. Nokkrar stofnanir standa saman að áttakinu, Reykjavíkurborg, Lögreglan á höfuðborgarsvæðinu, Kvennaathvarfið og Heilsugæsla Höfuðborgarsvæðisins. Árið 2014 samþykkti Borgarstjórn Reykjavíkur að taka þátt í átaki gegn heimilisofbeldi í samstarfi við þessar fyrrnefndu stofnanir. Markmið samstarfsins er að sýna vitundarvakningu með bættu verklagi við að taka á heimilisofbeldismálum sem upp koma. Leitast er við að tryggja öryggi borgarbúa á heimilum sínum, veita þolendum og gerendum betri þjónustu og bæta stöðu barna sem búa við heimilisofbeldi. (Reykjavíkurborg, e.d.). Einnig er stuðst við Aðgerðaáætlun Reykjavíkurborgar í jafnréttismálum sem byggir á lögum um jafna stöðu og jafnan rétt kvenna og karla nr. 10 frá 2008¹, mannréttindastefnu Reykjavíkurborgar og Evrópusáttmála um jafna stöðu kvenna og karla í sveitarfélögum og héraðum. Innan aðgerðaráætlunnar er fjallað um aðgerðir við kynbundnu ofbeldi og ýmis verkefni þ.m.t. „Saman gegn ofbeldi,, sem var nefnt áður, og verkefnið „Öruggar borgir,, sem er verkefni er miðar að því að gera borgir öruggar fyrir konur og stúlkur en

verkefnið mun einnig nýttast körlum og drengjum. Einnig er aðgerð þar innan sem snýr að Ofbeldisvarnarnefnd, sem skal vera borgarstjórn og nefndum og ráðum Reykjavíkurborgar til ráðgjafar um aðgerðir og viðbrögð við ofbeldi í samfélaginu (Reykjavíkurborg, 2015).

Í nóvember 2018 vakti Geðhjálp athygli á ACE spurningalistanum og dreifði bæklingum og veggspjöldum á þær heilsugæslur sem flokkast undir Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Búið er að próa spurningalistann sem samanstendur af tíu spurningum í stað sjö spurninga eins og var í rannsókn Felitti o.fl. (1998). Markmiðið með vakningunni var að fagfólk innan heilsugæslunnar yrði upplýstara, meðvitaðra og öruggara í starfi með einstaklingum sem eru að glíma við sálræn áföll. Þá voru skjólstæðingar hvattir til að ræða um útkomu sína á spurningalistanum og óska eftir faglegri hjálp frá heimilislækni sínum og annarra fagaðila innan heilsugæslunnar (Geðhjálp, 2018).

Áfallamiðuð þjónusta

Mikilvægt er að einstaklingar sem hafa orðið fyrir sálrænum áföllum hlúi að sér og fái viðeigandi og faglega aðstoð þar sem heilsufarsvandamál geta þróast og haft alvarleg áhrif í för með sér (Greenberg o.fl., 2015; McEwen og Getz, 2013). Fræðilegar samantektir á megindlegum og eigindlegum rannsóknum víðsvegar um heiminn sýna að áfallamiðuð þjónusta skipti höfuðmáli meðal einstaklinga sem hafa orðið fyrir sálrænum áföllum. Þjónustan miðar að faglegri aðstoð sem getur bætt geðræna og líkamlega líðan, lífsgæði og afkomu einstaklinga.

Ávinningurinn er því mikill og aldrei er of seint að byrja að vinna með sálræn áföll (Atwool, 2019; Carr og Craddock, 2018; Mohr o.fl., 2018).

Áfallamiðuð þjónusta á ávallt að vera byggð á faglegri þekkingu og er mikilvægt að fagaðilar hafi í huga og skoði nánar hvernig sálræn áföll geta haft áhrif á einstaklinga sem þeir eru að sinna. Skoða þar jafnframt hvernig þjónustu þeir hafa þörf fyrir og hvernig sé hægt að koma til móts við þá þar sem þeir eru staddir varðandi úrvinnslu á áfalli (Wall, Higgins og Hunter, 2016).

Innan áfallamiðaðrar þjónustu er nauðsynlegt að meðferðir séu einstaklingsmiðaðar. Hugsa þarf bæði að líkamlegu og geðrænu heilsufari þar sem einstaklingar geta verið að kljást við marga mismunandi þætti í lífinu. Aðstoða þarf við að efla félagsfærni, sjálfsmynd og sjálfsöryggi ásamt því að kenna viðeigandi bjargráð til eflingar eftir sálræn áföll. Ávallt þarf að taka mið af menningu og samfélagslegum sjónarmiðum (Glennon, Pruitt og Polmanteer, 2019; Rodríguez o.fl., 2019; Schäfer o.fl., 2018).

Tjáning einstaklinga um sálræn áföll sín skiptir miklu máli í tengslum við úrvinnslu áfalla og er því mikilvægt að einstaklingar byrgi ekki reynslu sína innra með sér (Furuta o.fl., 2018; Pfeiffer, Sachser, Rohlmann og Goldbeck, 2018). Á Íslandi hefur verið sýnt fram á að þó svo að einstaklingar hafi sagt heilbrigðisstarfsfólki frá sálrænum áföllum sínum, hafa þeir ekki alltaf fengið viðeigandi meðferð við einkennum sínum í kjölfarið (Lilja Dís Ragnarsdóttir, 2018). Meðvitund fagaðila um hvernig eigi að bregðast við ef skjólstæðingur greinir frá reynslu um sálrænt áfall skiptir því miklu máli. Fagfólk þarf að vera meðvitað um þau úrræði sem standa til boða. Horfa þarf heildrænt á skjólstæðinga með tilliti til líkamlegra og geðrænna þátta og notast við faglegar og styðjandi meðferðir með áfallamiðaða þjónustu í fyrirrúmi. Áhersla á að vera á myndun góðra meðferðarsambanda við skjólstæðinga og notast við

meðferðir sem miða að heildrænum stuðningi (Muskett, 2014; Sweeney o.fl., 2018).

Þegar skoður er kynjamunur í tengslum við úrvinnslu á sálrænum áföllum, virðast konur sækjast frekar eftir áfallamiðaðri aðstoð, ásamt því að styðjast við félagslega þætti. Karlmenn eru líklegri til að bregðast við sálrænum áföllum með því að bæla þau niður eða með því að notast við eigin bjargráð sem gjarnan eru fólgin í skaðlegri hegðun svo sem afbrotum og vímuefnaneyslu. Það gæti skýrt kynjamun í tengslum við stuðning og er mikilvægt að fagfólk hafi þessi atriði í huga þegar áfallamiðaða nálgun er veitt (Olf, 2017; Sigurdardóttir o.fl., 2014).

Gagnlegar meðferðir áfallamiðaðrar þjónustu

Fyrsta lykilatriðið varðandi áfallmiðaða þjónustu, felst í að fagfólk opni á umræðuna um sálræn áföll. Snemmtækt inngríp og greining á sálrænum áföllum skipta máli. Hugrekki einstaklinga til að takast á við úrvinnslu á sálrænum áföllum og almennri líðan skiptir einnig mjög miklu máli (Hulda Sædis Bryngeirsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2018; Newman, Falligant, Thompson, Gomez og Burkhart, 2018; Torales, Barrios og Arce, 2017).

Annað lykilatriði í áfallamiðaðri þjónustu snýr að stuðningi fagfólks. Stuðningur sama af hvaða tagi hann er virðist skipta miklu máli þar sem hann stuðlar að eflingu á lífsgæðum skjólstæðinga eftir sálræn áföll (Cusack o.fl., 2016; Dam o.fl., 2013; Joiner og Buttell, 2018; Mohr o.fl., 2018; Murray o.fl., 2014).

Rannsókn Newman o.fl. (2018) beindist að því að kanna áhrif styðjandi meðferða á heilsufar og atferli 107 karlmanna í suðausturhluta

Bandaríkjanna sem glímdu við sálræn áföll. Einnig var markmið rannsóknarinnar að kanna faglega færni fagaðila í að veita hugræna atferlismeðferð. Fagaðilarnir höfðu fengið sérstaka þjálfun og handleiðslu til að veita skjólstæðingum hugræna atferlismeðferð. Notast var við mælitæki í formi staðlaðra spurningalista og um tilrauna- og samanburðarhópa var að ræða í rannsókninni. Tilraunahópnum var veitt hugræn atferlismeðferð en samanburðarhópnum ekki. Niðurstöður leiddu í ljós að þeir karlmenn sem höfuð fengið hugræna atferlismeðferð og stuðning frá fagaðila, voru með betri andlegri heilsu, upplifðu meira öryggi og virkni þeirra var meiri í daglegu lífi. Jafnframt kom fram að fagaðilarnir sem höfðu veitt hugræna atferlismeðferð, voru mun öruggari í starfi sínu og tjáðu sig um að þeir væru líklegri til að notast við hugræna atferlismeðferð hjá skjólstæðingum sem glíma við sálræn áföll. Bent var á mikilvægi þjálfunar varðandi slíka meðferð og að handleiðsla og öryggi í starfi væru lykilatriði í áfallamiðaðri þjónustu.

Rannsókn Greer, Grasso, Cohen og Webb (2014), meðal 90 barna í Bandaríkjunum sem höfðu orðið fyrir sálrænum áföllum, sýndi jafnframt fram á að hugræn atferlismeðferð og stuðningur fagaðila hafði jákvæð áhrif á andlega heilsu þeirra og afkomu. Meðferðin var veitt einu ári eftir áfall barnanna hverju sinni þar sem var unnið með atferli þeirra og hugsanir. Bent var á að ákveðinn sparnaður væri fyrir skjólstæðinga og heilbrigðiskerfið til framtíðar með þessu meðferðarúrræði, frekar en ef unnið væri með sálræn áföll síðar meir þegar alvarleg andleg veikindi væru jafnvel komin fram.

Rannsóknir víðsvegar um heiminn hafa ítrekað sýnt fram á mikilvægi styðjandi samtalsmeðferðar, sem er gagnreynd meðferð sem felur í sér stuðning og tækni sem miðar að hag skjólstæðingsins. Meðferðin bætir,

viðheldur eða hefur jákvæð áhrif á andlega líðan og hjálpar til við myndun á meðferðarsamböndum við skjólstæðinga. Reynt er að bæta aðlögunarhæfni og hjálpað til við uppbyggingu á sjálfsmynd og sjálfsálits. Bent hefur verið á að gæta þarf að ákveðnu hlutleysi gagnvart skjólstæðingum sem þjást af langvinnum veikindum en sýna þó ávallt samúð og áhuga (Wampold, 2015). Í fræðilegri samantekt Goldstone (2017) voru bornar saman meðferðir sem snérust um atferli og hegðun (hugræn atferlismeðferð) og styðjandi samtalsmeðferð með áherslu á aðstoð við einstaklinga sem þjást af þunglyndi. Ef báðar meðferðirnar voru veittar saman jókst meðferðarárangur úr 30% í 50%. Fleiri en einn meðferðaraðili var til staðar og hafði það áhrif á gæði og árangur þjónustu (Goldstone, 2017).

Þriðja lykilatriðið innan áfallamiðaðrar þjónustu eru einstaklingsmiðaðar nálganir við skjólstæðinga. Einstaklingsmiðaður stuðningur og leiðsögn til langtíma, skjót greining og íhlutun ásamt endurhæfingu hafa jákvæð áhrif á bataferli og vöxt einstaklinga í kjölfar sálrænna áfalla (Hulda Sædis Bryngeirsdóttir, Sigrún Sigurðardóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2016; Muskett, 2014).

Til eru ýmis líkön í tengslum við áfallamiðaða nálgun um hvernig fagfólk eigi að bera sig að ef skjólstæðingar opna á umræðu um sálræn áföll sín.

Eitt af líkönunum er líkan Quadara (2015) er snýr að áfallamiðaðri þjónustu við einstaklinga og skýrir út hvernig á að bera sig að.

Grunnþættirnir í því líkani snúast um greiningu og meðvitund um sálræn áföll, umhyggju fyrir einstaklingnum, fagleg viðbrögð og áfallamiðaða þjónustu sem á að vera sniðin að einstaklingnum hverju sinni. Mikilvægt er að fara vel yfir sögu einstaklingsins og skima fyrir sálrænum áföllum,

aðstoða við eflingu á sjálfsmynd og sjálfsöryggi, við eflingu á eigin bjargráðum og með því að setja fram skýr markmið í samráði við hann. Það sem hefur einnig áhrif á einstaklinga sem hafa orðið fyrir sálrænu áfalli, er félagslegur stuðningur og góð viðbrögð og stuðningur frá öðrum einstaklingum í umhverfinu. Slíkt er bæði verndandi og jákvæður þáttur sem hefur áhrif á vöxt einstaklinga eftir sálræn áföll (American Psychiatric association, 2013; Marchand o.fl., 2015).

Aðstandendur skipta einnig miklu máli og geta hjálpað til við áfallamiðaðar nálganir. Einstaklingar sem hafa góðan stuðning og umhyggju frá aðstandendum sínum, vegnar oft betur með tilliti til úrvinnslu á sálrænum áföllum og eru betur í stakk búnir til að takast á við slíkt. Einnig er fjölskylda viðkomandi í betra jafnvægi ef hún er meðvituð um vanda og meðferðir skjólstæðings. Gott upplýsingaflæði þarf að vera til staðar á milli fagaðila og aðstandenda. Fjölskylduhjúkrun getur verið fólgin í viðtölum við aðstandendur um þarfir þeirra og skoðanir með áherslu á stuðning. Hafa þarf í huga að fjölskyldur eru mismunandi og geta verið mismunandi uppbyggðar, með ólíkar skoðanir og þarfir. Alltaf þarf að taka mið af hvar einstaklingar og aðstandendur þeirra eru staddir hverju sinni og því viðhafa einstaklingsmiðaða hjúkrun jafnframt með áherslu á fjölskyldumiðaða hjúkrun (Champine, Matlin, Strambler og Tebes, 2018).

Teymisvinna fagstétta sem samanstendur af hjúkrunarfræðingum, læknum, sálfræðingum o.fl. getur verið árangursrík þegar um áfallamiðaða þjónustu er að ræða. Slíkt styður við skjólstæðinginn þar sem mismunandi aðilar hjálpa honum með mismunandi úrræðum að vinna úr sálrænu áfalli (Mohr o.fl., 2018).

Ávinningur áfallamiðaðrar þjónustu

Mögulegur ávinningur er af áfallamiðaðri þjónustu. Með því að grípa tímanlega inn í með viðeigandi meðferðum við sálrænum áföllum, má benda á að minni kostnaður er mögulegur, bæði fyrir heilbrigðiskerfið og skjólstæðinga til framtíðar. Ef beðið er með úrvinnslu geta geðræn og líkamleg veikindi einstaklinga verið búin að þróast, haft neikvæðar afleiðingar í för með sér á margvíslegan hátt þannig að lífsgæði verða verulega skert (Greer, Grasso, Cohen og Webb, 2014). Aldrei ætti því að vanrækja það að aðstoða einstaklinga við að vinna úr sálrænum áföllum því mikið er í húfi (Sweeney o.fl., 2018; Wall o.fl., 2016). Hafa þarf í huga að aldrei er of seint að hefja úrvinnslu á sálrænum áföllum til að efla lífsgæði einstaklinga eftir sálræn áföll (Carr o.fl., 2018; Mohr o.fl., 2018; Murray o.fl., 2014).

Val á rannsóknaraðferð

Rannsóknin var unnin með fyrirbærafræðilegri aðferð til að svara rannsóknarspurningunni. Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði varð fyrir valinu þar sem hann þótti henta vel fyrir markmið og tilgang rannsóknarinnar.

Vancouver-skólinn er fyrirbærafræðilegur skóli með markmið að auka þekkingu og dýpka skilning á mannlegum fyrirbærum. Tilgangurinn er að auka þekkingu og dýpka skilning til að bæta þjónustu sem snýr að mannlegu eðli eins og heilbrigðisþjónustu. Hugmyndafræðin byggir á að hver einstaklingur sé einstakur og sjái heiminn með sínum eigin augum. Gagnasöfnun fer fram með samræðum á milli rannsakanada og

þátttakenda. Markmiðið er að rannsakandinn fái fram góða heildræna mynd af reynslu þátttakenda þannig að mynd fyrirbærisins fullmótist. Rannsóknarferli Vancouver-skólans byggir á að farið er endurtekið yfir ákveðna vitræna þætti rannsóknarferlisins eins og það leggur sig. Notast er við ígrundun í öllum skrefum. Skiptist það niður í sjö meginþætti sem hægt er að setja upp í hringferli: Að vera kyrr, að ígrunda, að koma auga á, að velja, að túlka, að raða saman og að sannreyna (Sjá mynd 1. í síðari hluta ritgerðar). Í framhaldi er því síðan skipt niður í 12 meginþrep (sjá töflu 1. í síðari hluta ritgerðar) sem skilgreina betur hvernig unnið er að rannsókn innan Vancouver-skólans (Halldórsdóttir, 2000).

Markmið og rannsóknarspurning

Markmið og tilgangur rannsóknarinnar var að skoða reynslu einstaklinga í heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum með það að markmiði að auka þekkingu og dýpka skilning á viðfangsefninu. Rannsóknarspurningin er: Hver er reynsla einstaklinga sem leita í heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum.

Kafli 2. Síðari hluti - Fullbúið handrit að vísindagrein

ÚTRÁTTUR

Bakgrunnur: Rannsóknir sýna að einstaklingar sem hafa orðið fyrir sálrænum áföllum glíma í auknum mæli við fjölþætt heilsufarsvandamál. Heilsueflandi móttaka innan heilsugæslu beinist að skjólstæðingum sem glíma við slík heilsufarsvandamál þar sem veitt er einstaklingsmiðuð meðferð og stuðningur. Áfallamiðuð þjónusta er mikilvæg í heilbrigðisþjónustu og getur eflt lífsgæði einstaklinga eftir sálræn áföll.

Tilgangur: Að skoða reynslu einstaklinga í heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum með það að markmiði að auka þekkingu og dýpka skilning fagfólks á mikilvægi áfallamiðaðrar þjónustu.

Aðferð: Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði og unnið eftir tólf meginþrepum. Þátttakendur voru fimm karlmenn og fimm konur, valin í gegnum heilsueflandi móttöku heilsugæslu. Viðtöl við hvern þátttakanda voru tvö, tuttugu viðtöl í heildina. Notast var við ACE spurningalistann sem skimunartæki fyrir sálrænum áföllum í bernsku og viðtalsramma með opnum spurningum.

Niðurstöður: Sálræn áföll geta haft gríðarleg áhrif á heilsufar einstaklinga til lengri tíma litið og voru niðurstöður greindar í sjö meginþemu: Upplifun af áföllum; Endurtekin áföll; Líkamleg heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum; Geðræn heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum; Vanræksla í æsku;

Úrvinnsla og Áfallamiðuð nálgun. Þátttakendur höfðu töluverða reynslu af sálrænum áföllum og fjölþættum heilsufarsvandamálum, bæði í æsku og á fullorðinsárum. Rauði þráðurinn var að taka þurfi skref fyrir skref við úrvinnslu áfalla og heilsufarsvandamála og áfallamiðaðri nálgun var ábótavant.

Ályktanir: Mikilvægt er að heilbrigðisstarfsfólk hugi að sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum skjólstæðinga, geti veitt stuðning og viðeigandi aðstoð. Með því má fyrirbyggja eða hindra fjölþætt heilsufarsvandamál þar sem sálræn áföll hafa haft áhrif. Áfallamiðuð þjónusta er mjög mikilvæg og getur bætt lífsgæði og heilsufar einstaklinga. Heilsugæslan er oftast fyrsti viðkomustaður skjólstæðinga í heilbrigðiskerfinu. Innan heilsueflandi móttöku heilsugæslu er mikilvægt að kortleggja betur heilsufarsvandamál vegna sálrænna áfalla og veita áfallamiðaða nálgun við skjólstæðinga.

Lykilorð: sálrænt áfall, áfallamiðuð þjónusta, heilsufarsvandamál, heilsugæsla, heilsueflandi móttaka heilsugæslu, heilsugæsluhjúkrun, fyrirbærafræði.

ABSTRACT

Taking step by step: The experience of individuals receiving health-promoting service, of psychological trauma and health-related problems

Background: Research shows that people suffering from psychological trauma have increased multimorbidity. Health-promoting services at health clinics are offered individuals with multimorbidity. Trauma focused services in healthcare help individuals increase quality of life after psychological trauma. Trauma focused care with individual treatment plans play an important role.

Aim: To examine the experience of psychological trauma and health-related problems in individuals receiving health-promoting services. Thus aiming to increase the professionals' awareness of patients' psychological traumas and how to improve health-promoting service within the health clinics.

Method: The Vancouver Schools' of phenomenology, with the twelve steps. Participants were five male and five female, selected through health-promoting services, were interviewed twice, twenty interviews. The ACE questionnaire was used, a screening tool for childhood psychological trauma, combined with interview-frame with open questions.

Results: The main results show psychological trauma can have a profound impact on the general health of individuals, the results were divided into seven themes: Experience of traumas; Repeated traumas; Health-related problems in child- and adulthood; Psychiatric problems in child- and adulthood; Child neglect; Processing and Trauma focused

service. Participants had considerable experience of trauma and multifaceted health problems in child- and adulthood. It was important for them to go step by step through the healing process and Trauma focused service was lacking.

Conclusions: Healthcare professionals must pay attention to psychological traumas in relation to health-related problems to provide support for recovery. Thus possibly preventing multimorbidity connected to psychological trauma. Trauma focused services are an important part of healthcare and improves quality of life and health. The primary health care clinic is the first-place individuals visit within the health system. It is key to identify the signs of lifetime trauma in relation to health problems and focus the care according to the individual needs of the patient.

Key words: Psychological trauma, trauma focused service, health-related problems, primary health care clinic, health-promoting service, nursing in primary health care clinic, phenomenology.

INNGANGUR

Einkenni og afleiðingar sálrænna áfalla

Flestir verða fyrir einhvers konar sálrænum áföllum á lífsleiðinni sem geta haft áhrif á fjölþætt heilsufarsvandamál, lífsgæði og afkomu (Read, o.fl., 2018; Sweeney o.fl., 2018). Sálrænt áfall (e. psychological trauma) hefur verið skilgreint sem tilfinningalegt viðbragð gagnvart atburðum sem ógna lífi og heilsu einstaklinga s.s. vegna slysa, náttúruhamfara og nauðgunar. Viðbrögð við sálrænu áfalli koma yfirleitt fram stuttu eftir að atburður hefur átt sér stað og er mismunandi hvernig einstaklingar takast á við slíkt (American Psychological Association, 2018). Sálrænt áfall einkennist af yfirþyrmandi streitu sem einstaklingur upplifir sig ekki ráða við og getur slíkt haft alvarleg áhrif í för með sér (Read o.fl., 2018; Sweeney o.fl., 2018). Áhrif sálrænna áfalla geta erfst á milli kynslóða og verið menningarbundin í tengslum við upplifun, hegðun og atferli einstaklinga (Fischer o.fl., 2019; Stephens, 2019). Áhrif sálrænna áfalla á andlega og líkamlega heilsu geta verið margvísleg og geta einstaklingar upplifað varnarleysi og tileinkað sér óheppileg bjargráð sem hafa með tímanum slæm áhrif á heilsufar (Cascio, 2019; Konkoly Thege o.fl., 2017). Einstaklingar geta þróað með sér sjálf skaðandi hegðun sem getur verið fólgin í vímuefnaneyslu, reykingum, óhollu matarræði, hreyfingarleysi o.fl. Með tímanum geta líffræðileg áhrif líkamans ásamt sjálf skaðandi hegðun leitt til ýmissa sjúkdóma s.s. hjarta- og æða-, innkirtla- og lungnasjúkdóma, brenglunar á efnaskiptum og streituhormónum (Felitti o.fl., 1998; McEwen og Getz, 2013). Heilsufarsvandamálin geta þá haft mikil áhrif á andlega og líkamlega líðan (Meshberg-Cohen o.fl., 2019; van den Berk-Clark o.fl., 2018; van

der Merwe og Hunt, 2019). Einstaklingar sem hafa upplifað sálræn áföll geta glímt við flóknar tilfinningar, fengið endurupplifanir á áfallinu, átt í erfiðleikum með tengsl og samskipti við aðra. Eðlilegt er að slíkar upplifanir komi fram en mismunandi er hversu mikil áhrif þær hafa á líf einstaklingsins og hvernig hann tekst á við þær (American Psychological Association, 2018).

Sálræn áföll í æsku og ACE spurningalistinn

Áhrif sálrænna áfalla í æsku á heilsufar seinna meir hefur verið skoðað síðustu ár með Adverce Childhood Experiences (ACE) spurningalistanum. ACE spurningalistinn byggir á 10 spurningum þar sem spurt er um erfiða reynslu fyrir 18 ára aldur, eitt stig er gefið fyrir hvert áfall. Ef stigafjöldi á ACE er yfir fjögur stig, eru meiri líkur á að einstaklingurinn þrói með sér heilsufarsvandamál á fullorðinsárum. Rannsókn Felitti o.fl. (1998) er þekktasta rannsóknin þar sem ACE spurningalistinn var notaður við gagnasöfnun. Sterk tengsl voru á milli sálrænna áfalla í æsku og ýmissa fjölbættra sjúkdóma á fullorðinsárum s.s. hjarta-, lungna- og geðrænna sjúkdóma (Felitti o.fl., 1998).

Heilsugæslan í framlínu

Mikilvægt er að áfallamiðuð þjónusta sé veitt hvar sem er innan heilbrigðiskerfisins. Heilsugæslan er þó í framlínunni og er kjörinn vettvangur fyrir áfallamiðaða þjónustu þar sem hún er oftast fyrsti viðkomustaður skjólstæðinga í heilbrigðiskerfinu. Hjúkrunarfræðingar jafnt sem annað heilbrigðisstarfsfólk er í lykilstöðu til að veita áfallamiðaða þjónustu. Heilsugæsluhjúkrun á að vera fólgin í auknum

gæðum í þjónustu, þróunarvinnu, öryggi og fagmennsku. Heildræn sjónarmið þarf að hafa í huga ásamt því að byggja upp góð meðferðarsambönd við skjólstæðinga með hag og bætt lífsgæði að leiðarljósi (Hamric o.fl., 2014). Áfallamiðuð þjónusta fellur því vel undir markmið heilsugæslunnar (Atwool, 2019; Carr o.fl., 2018; Mohr o.fl., 2018).

Heilsueflandi móttaka heilsugæslu og áfallamiðuð þjónusta

Innan heilsueflandi móttöku heilsugæslu er hægt að greina ítarlega heilsufarsvandamál þar sem móttakan beinist að þeim skjólstæðingum sem glíma við fjölþættan eða langvinnan vanda, svo sem sykursýki, offitu og geðræn veikindi. Áherslan er á að hjálpa einstaklingum að efla bjargráð við sjúkdómum sínum, að efla lífsstílstengda þætti og veita meðferðir og stuðning sem nær yfir heildræna þætti hverju sinni, þar með töldum sálrænum áföllum sem koma oft upp á borðið. Einstaklingsmiða þarf meðferðir, aðstoða við eflingu á sjálfsmynd og sjálfsöryggi og notast við faglega nálgun með teymisvinnu mismunandi fagaðila (Bryant o.fl., 2015).

Áfallamiðuð þjónusta

Áfallamiðuð þjónusta miðar að faglegri aðstoð sem getur bætt geðræna og líkamlega líðan, lífsgæði og afkomu einstaklinga. Nauðsynlegt að meðferðir séu einstaklingsmiðaðar. Huga þarf að líkamlegu og andlegu heilsufari þar sem einstaklingar geta verið að kljást við marga mismunandi þætti í lífinu. Aðstoða þarf einstaklinga við að efla sjálfsmynd og sjálfsöryggi, um leið notast við faglega nálgun ásamt

kennslu í viðeigandi bjargráðum til bata. Taka þarf mið af menningu og samfélagslegum sjónarmiðum (Glennon o.fl., 2019, Rodríguez o.fl., 2019; Schäfer o.fl., 2018). Stuðningur til lengri tíma, skjót greining og íhlutun ásamt endurhæfingu hefur einnig jákvæð áhrif á bataferli og vöxt einstaklinga í kjölfar sálrænna áfalla (Hulda Sædis Bryngeirsdóttir o.fl., 2016).

Að ræða opinskátt um sálræn áföll skiptir miklu máli varðandi úrvinnslu áfalla og mikilvægt að einstaklingar byrgi ekki reynslu sína innra með sér (Furuta o.fl., 2018; Pfeiffer o.fl., 2018). Mikilvægt er að fagfólk sé í stakk búið að veita áfallamiðaða þjónustu og sé ávallt vakandi fyrir sálrænum áföllum skjólstæðinga. Skimanir fyrir því hvort einstaklingar hafi orðið fyrir sálrænum áföllum skipta höfuðmáli og að opna á umræðuna til að úrvinnsla og viðeigandi meðferðir geti átt sér stað (Hulda Sædis Bryngeirsdóttir o.fl., 2016; Nillni o.fl., 2018; Sweeney o.fl., 2018). Efling á lífsgæðum skjólstæðinga er ávallt markmið áfallamiðaðrar þjónustu ásamt því að hindra þær langtímaafleiðingar sem geta komið fram vegna sjúkdóma meðal þessara einstaklinga (Hulda Sædis Bryngeirsdóttir o.fl., 2016). Skoðaður hefur verið kynjamunur varðandi úrvinnslu á sálrænum áföllum, konur virðast sækjast frekar eftir áfallamiðaðri aðstoð. Karlmenn eru líklegri til að bregðast við sálrænum áföllum með því að bæla þau niður eða með því að notast við eigin bjargráð sem eru oft fólgin í skaðlegri hegðun s.s. afbrotum og vímuefnaneyslu. Mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk hafi slíkt í huga þegar áfallmiðuð þjónusta er veitt (Olf, 2017).

Lykilatriðið snýr að úrvinnslu sálrænna áfalla, sem getur skilar sér með ákveðnum sparnaði fyrir heilbrigðiskerfið til framtíðar. Ef unnið er með sálræn áföll seinna þegar alvarleg heilsufarsvandamál eru komin fram,

getur það haft meiri kostnað í för með sér fyrir skjólstæðinga og samfélagið í heild (Greer o.fl., 2014).

Tilgangur rannsóknar og rannsóknarspurning

Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða reynslu einstaklinga í heilsuefandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum með það að markmiði að auka þekkingu og dýpka skilning á viðfangsefninu. Rannsóknarspurningin er: Hver er reynsla einstaklinga sem leita í heilsuefandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum?

AÐFERÐ

Rannsóknaraðferð

Rannsóknin var unnin með fyrirbærafræðilegri aðferð til að svara rannsóknarspurningunni. Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði var valinn þar sem hann þótti henta vel fyrir markmið og tilgang rannsóknarinnar. Vancouver-skólinn miðar að fyrirbærafræðilegri nálgun með markmiðið að auka þekkingu og dýpka skilning á mannlegum fyrirbærum og bæta þjónustu sem snýr að mannlegu eðli og heilbrigðisþjónustu. Hugmyndafræðin byggir á að hver einstaklingur sé einstakur og sjái heiminn með sínum eigin augum. Gagnasöfnun fer fram með samræðum á milli rannsakanada og þátttakenda. Markmiðið er að rannsakandinn fái fram góða heildræna mynd af reynslu þátttakenda þannig að mynd fyrirbærisins fullmótist. Rannsóknarferli Vancouver-skólans byggir á að farið er endurtekið yfir ákveðna vitræna þætti rannsóknarferlisins eins og það leggur sig. Notast er við ígrundun í öllum skrefum. Skiptist það niður

í sjö meginþætti sem hægt er að setja upp í hringferli: Að vera kyrr, að ígrunda, að koma auga á, að velja, að túlka, að raða saman og að sannreyna (sjá mynd 1). Í framhaldi er því síðan skipt niður í 12 meginþrep (sjá töflu 1) sem skilgreina betur hvernig unnið er að rannsókn innan Vancouver-skólans (Halldórsdóttir, 2000).

Þátttakendur

Þátttakendur voru fimm konur og fimm karlmenn á aldrinum 25-80 ára sem höfðu reynslu af heilsuefandi móttöku, sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum. Um tilgangsrátt var að ræða og fengin var aðstoð fagaðila í heilsuefandi móttöku heilsugæslu við að finna þátttakendur. Þátttakendur höfðu allir leitað sér faglegrar aðstoðar í tengslum við úrvinnslu.

Gagnasöfnun og gagnagreining

Tekin voru tvö viðtöl við hvern þátttakenda innan heilsugæslunnar með viku til mánaðar millibili, samtals 20 viðtöl frá mars-apríl 2019. Lagður var fyrir ACE spurningalistinn, skimunartæki fyrir sálrænum áföllum allt að 18 ára aldri. Stigafjöldi þátttakenda var frá 2-9 stig á ACE spurningalistanum og meðaltal stigafjölda var 5 stig (sjá niðurstöður á töflu 2). Mest er hægt að fá 10 stig. Litið var á ACE listann sem hjálpartæki í tengslum við rannsóknina en þó ekki sem hluta af rannsókninni sem slíkri. Hannaður var viðtalsrammi sem hafður var til hliðsjónar í viðtölunum, til að fá fram góða mynd af fyrirbærinu. Spurningarnar fóru eftir þróun á samtalinu og því sem hver þátttakandi tjáði sig um.

Réttmæti og áreiðanleiki rannsóknar

Í rannsókninni var um samþættingu þriggja rannsækenda að ræða þar sem samlegðaráhrif eru í tengslum við sérfræðipækkingu, sem snýr að fyrirbærinu sem um ræðir og aðferðafræðina. Slíkt styður við réttmæti rannsóknarinnar. Niðurstöður voru sannreyndar jafnóðum með spyrjandi hugarfari og ígrundun var höfð að leiðarljósi varðandi hvort allt væri rétt skilið sem þátttakendur tjáðu. Horft var til gæða í gagnasöfnuninni, gagnagreiningunni og framsetningu niðurstaðna. Unnið var af dýpt og með gagnrýnni hugsun þegar viðtölin voru rituð niður. Gagnasöfnun lauk þegar rannsækendurnir voru sammála um metnun. Þrep 7, 9 og 11 Vancouver-skólans studdi einnig við réttmæti rannsóknarinnar (sjá mynd 1).

Rannsóknarsíðfræði

Tilskilin leyfi voru fengin frá Vísindasiðanefnd (VSN-19-015). Persónuvernd og Vísindasiðanefnd HH og HÍ. Ígrundað var hvernig best væri að standa að rannsókninni síðfræðilega þar sem reynsla í tengslum við sálræn áföll getur vakið upp viðkvæmar minningar. Haft var í huga þau fjögur grundvallaratriði sem gilda um vísindarannsóknir: virðing, velgjörðir, skaðleysi og réttlæti (Sigríður Halldórsdóttir, 2013). Þátttakendum var afhent ítarlegt kynningarbréf í upphafi, sem var lýsandi fyrir rannsóknina. Fjallað var um hvað væri fólgið í rannsókninni, heiti hennar og tilgangur og það sem snéri að framlagi þátttakenda. Tekið var fram að hætta mætti þátttöku á hvaða tímapunkti sem er í rannsókninni, kysu þátttakendur slíkt. Engin þátttakenda kaus að hætta þátttöku og voru

þeir fúsir til að deila reynslu sinni. Lýst var hugsanlegri áhættu og óþægindum sem gætu komið fram við þátttöku. Útskýrt var hvaða aðstoð stæði til boða ef vanlíðan kæmi upp, svo sem samtal við aðra fagaðila innan heilsugæslunnar þeim að kostnaðarlausu. Þátttakendur undirrituðu þá samþykkisyfirlýsingu og gætt var persónuverndar til hins ítrasta í tengslum við rannsóknina. Þátttakendum var gefið dulnefni og engir persónugreinandi þættir voru greinandi í rannsóknarferlinu og í kynningum á niðurstöðum. Viðtölin voru tekin á upptökutæki og eytt um leið og undirrituð hafði lokið við textaritun viðtalanna.

NIÐURSTÖÐUR

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að úrvinnsla sálrænna áfalla og heilsufarsvandamála er eilífðar verkefni sem þátttakendur tókust á við í áföngum, með æðruleysi, þrautseigju og trú á jákvæð áhrif og ávinning við úrvinnslu. Þátttakendur höfðu allir töluverða reynslu af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum sem þeir tengdu við sálræn áföll sín að hluta til eða öllu leiti. Í öllum tilfellum var um að ræða sálræn áföll í æsku og einnig síðar meir á fullorðinsárum. Þátttakendur höfðu allir glímt við fjölþætt heilsufarsvandamál og leitað sér faglegrar aðstoðar í tengslum við það. Reynsla einstaklinga af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum hefur haft gríðarleg áhrif á fjölþættan hátt og á lífsgæði. Úrvinnsla sálrænna áfalla getur tekið langan tíma. Orðatiltækið að taka skref fyrir skref er yfirþemað þar sem það lýsir vel reynslu þátttakenda. Niðurstöðum var skipt í sjö meginþemu og í sjö til tólf undirþemu við hvert og eitt þema (sjá mynd 2). Greina mátti jafnframt kynjamun varðandi ýmsa þætti sem tengjast þemunum (sjá töflu 3).

Upplifun af áföllum

Þátttakendur höfðu upplifað margvísleg og endurtekin áföll eins og ofbeldi af hvers kyns tagi, einelti í skóla, skilnað foreldra og slys. Þeir lýstu svipuðum viðbrögðum við sálrænum áföllum sínum en höfðu þó glímt við mismunandi sálræn áföll. Í öllum tilfellum var um að ræða sálræn áföll í æsku og einnig síðar meir á fullorðinsárum. Streita og álag var stöðug eða yfir tímabil og var slíkt einkennandi fyrir sálræn áföll þeirra. Sálræn áföll komu fram á ákveðnum tímapunktum í lífi þeirra allra og ákveðið varnarleysi í kjölfarið. Sjálfsmynd þeirra var brotin, stöðug óttatilfinning til staðar og erfiðleikar með almenn samskipti og traust gagnvart öðrum. Þeim fannst þeir vera einir með áföll sín þar sem skortur var á stuðningi og upplifðu að erfitt væri að bera sig eftir aðstoð. Í æsku var oft ekki rætt opinskátt um það sem þátttakendur höfðu orðið fyrir, líðan þeirra hundsúð og ákveðin bæling átti sér stað.

Endurupplifanir á sálrænum áföllum komu fram meðal nokkurra þáttakenda þegar þeir fóru yfir reynslu sína. Alex greindi frá sinni endurupplifun sinni á eftirfarandi hátt:

Ég var ekkert búin að hugsa út í það sem ég hafði orðið fyrir þegar ég var á unglingsaldri fyrr en núna síðastliðna daga. Geri mér grein fyrir núna að ég varð fyrir miklu ofbeldi af nánnum fjölskyldumeðlim og það er hrikalegt að hugsa til þess. Ég man í hvaða fötum ég var, hvað var í kvöldmatinn og lyktina þar sem hann réðst á mig.

Endurtekin áföll

Þátttakendur höfðu allir upplifað endurtekin áföll í æsku og á fullorðinsárum. Flestir þátttakenda höfðu flosnað upp úr skóla og/eða vinnu í æsku eða síðar. Margir hverjir höfðu upplifað einelti í æsku sem hafði haft áhrif á þá til lengri tíma lítið. Allar konurnar og karlmennirnir höfðu upplifað andlegt og/eða líkamlegt heimilisofbeldi og tveir þátttakenda þar af kynferðislegt ofbeldi í æsku. Katrín lýsti reynslu sinni af ofbeldi á eftirfarandi hátt:

Þegar móðir mín var komin út í að vera pillufikill þá var mjög mikið andlegt ofbeldi og hún reif mann rosa mikið niður...áfall við að vakna mjög oft við það að heimilið var tóm...þá var semsagt stjúpfaðir minn búinn að selja allt á heimilinu þegar við vorum sofandi, þá kom einhver inn í íbúðina og tók allt okkar. Hún lagði oft hendur á mann, tók mann hálstaki hér og þar ef henni mislíkaði eitthvað.

Björn lýsti einnig þeim tilfinningum og áhrifum sem ofbeldi í æsku hafði á hann:

Pabbi tók miklar geðsveiflur þegar ég var yngri...ég varð fyrir miklu einelti í grunnskóla og svo þegar ég kom heim þá beitti hann mig ofbeldi...í dag eru samskiptin enn brotin okkar á milli þótt langt sé liðið frá. Finn alltaf fyrir reiði og beiskju þótt reyni að vera í samskiptum við hann. Það var enginn stuðningur og sárin enn til staðar þótt séu minni um sig.

Líkamleg heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum

Þátttakendur tjáðu sig um fjölþætt líkamleg heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum eins og langvarandi verki víðsvegar um líkamann, offitu, fæðuóþol, krabbamein, sykursýki, lungnasjúkdóma, einkenni frá móðurlífi o.fl. Flestir þátttakenda töldu að sálræn áföll sín væru bein uppspretta af líkamlegum heilsufarsvandamálum sínum eða að þau hefðu haft áhrif að einhverju leiti á heilsufarið. Halla hafði verið að glíma við yfirþyngd síðan í æsku eftir reynslu af kynferðislegri misnotkun:

Eftir misnotkunina þá er ég sett til bláókunnugs fólks og það er ekkert hringt til mín...þannig ég er svo ein með þetta. Ég man að systir mín gaf mér fullt af sælgæti sem ég átti að gefa krökkunum en ég át það bara allt sjálf. Var alveg sama...ég bara deyfði mig. Þetta byrjaði snemma. Í dag glími ég enn við yfirþyngd og tel að rótin liggi þarna í æskunni.

Sigrún hafði verið að glíma við fjölþætt líkamleg veikindi frá því í æsku og tengdi það við álag í ljósi sálrænna áfalla sinna: „Ég kenndi mér um allt. Ég lagðist í rúmið þarna í smá tíma. Ég bara gat þetta ekki, þetta álag. Síðan er ég búin að vera svo lasin síðan þá meira og minna“.

Jóhannes hafði jafnframt átt við margþætt heilsufarsvandamál að stríða, s.s. síþreytu, astma og glímt við kulnun í starfi sl. mánuði og taldi að rótin lægi í sálrænum áföllum sínum úr æsku:

Þetta helst allt í hendur...þegar maður fær ekki stuðning og hefur ekki fulla getu til að hlúa að sér og heilsan fer þá svona...ég var orðinn eins og flak og hætti að geta gert það sem ég var vanur að gera áður...þetta er eilíf þrautarganga.

Geðræn heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum

Margvísleg geðræn vandamál höfðu komið fram hjá þátttakendum, bæði í æsku og á fullorðinsárum s.s. þunglyndi, kvíði, félagsfælni, svefnvandamál og sjálfsvígshugsanir. Sjálfskaðandi hegðun var mjög áberandi í fari karlmannanna. Þeir höfðu leitað í aukna vímuefnaneyslu o.fl. Ofbeldishegðun og afbrotatíðni var jafnframt ríkjandi í fari þeirra og til tíðrar fangelsisvistunar hafði komið hjá sumum. Rótin að slíkri hegðun lá í reynslunni af sálrænum áföllum í æsku að þeirra mati. Össur lýsti ofbeldishegðun sinni eftir sálrænt áfall í æsku:

Bróðir minn fyrirför sér og eftir það fann ég bara fyrir magnþrunginni reiði...ég bældi allt niður, var tilfinningalega bældur og reiðin skein í gegnum allt sem ég gerði. Í framhaldi komu fram hegðunarerfiðleikar og ég fór að fíkta við áfengi 15 ára gamall og fór fljótt í dagsneyslu. Fannst ég þurfa stöðugt að verja mig gagnvart öðrum og ég byrjaði öll slagsmál. Þetta var bara flótti og mín leið eftir áfallið til að lifa af.

Einar tók jafnframt undir slíka hegðun sem hann hafði leitað í:

Ég var ofbeldisfullur gagnvart þeim sem lögðu mig í einelti í gegnum allan grunnskólann. Var stimplaður sem skapofsamaður því ég leysti allt með hnefunum. Kýldi eitt sinn í gegnum rúðu með berum hnefa og hlaut við það varanlegan skaða á hendi sem háir mér enn þann dag í dag.

Vanræksla í æsku

Margir þátttakendanna höfðu upplifað vanrækslu foreldra í æsku. Mikill tengslaskortur og afskiptaleysi var í uppeldinu. Margir höfðu aldrei verið spurðir um líðan og heilsufarsvandamál þeirra hundsud. Til að mynda upplifðu allar konurnar gríðarlega ábyrgðarskyldu í æsku og á fullorðinsárum í tengslum við sálræn áföll sín en karlmennirnir aftur á móti frekar á fullorðinsárum. Konunum fannst þær bera stöðuga ábyrgð gagnvart öðrum fjölskyldumeðlimum, heimilinu og fjárhag. Katrín lýsti reynslu sinni af vanrækslu og ábyrgðarskyldu á eftirfarandi hátt:

Móðir mín var komin með annað barn og alltaf hélt neyslan áfram hjá henni og hún var ekki fær um að sjá um mig og hin tvö börnin...í 8.bekk fjarlægist ég skólann, finn mér vinnu...til að geta komið með peninga inn á heimilið til að kaupa í matinn og annað, því allir peningarnir þeirra fóru bara í fíkniefni. Ég vissi ekkert rosalega mikið hvernig heimilisverk ættu að fara fram og svona...en þurfti að læra það náttúrulega.

Ásta hafði einnig upplifað þessa gríðarlegu ábyrgðarskyldu í æsku sinni:

Það var aldrei til mikill peningur á heimilinu. Það var alltaf allt í drasli heima og maður átti varla sokkapar. Þetta var alltaf spurning um hvor okkar væri mamman, ég eða hún þar sem ég var alltaf að ala hana upp frekar en hún mig. Ég fékk aldrei að njóta þess að vera barn.

Úrvinnsla

Þátttakendur voru misjafnlega langt á veg komnir varðandi úrvinnslu. Flestir þátttakenda höfðu hafið úrvinnslu seint á fullorðinsárum. Þeir voru allir búnir að fá faglega aðstoð við úrvinnslu sálrænna áfalla sinna og heilsufarsvandamála og oftast að eigin frumkvæði. Þrátt fyrir að um erfiða reynslu væri að ræða, þá komu fram styrkleikar þeirra og jákvætt lífsviðhorf í viðtölunum í tengslum við rannsóknina. Þátttakendur voru búnir að stofna margir hverjir eigin fjölskyldu, traust fjölskyldu- og vinasambönd, mennta sig o.fl. Halla lýsti vel ávinningnum varðandi úrvinnslu á sálrænum áföllum sínum:

Ég finn þessa miklu sátt eftir úrvinnslu og upplifi þá líka að ég á mun auðveldara með að setja öðrum mörk og standa með sjálfri mér. Það varð allt opnara og bjartara...það þarf að taka þessa úrvinnslu í áföngum og afar hægt og rólega...Maður tapar engu á þessu ferli þótt sé erfitt.

Katrín tók jafnframt undir ávinninginn og lýsti úrvinnsluferlinu vel:

Ég er búin að vinna mjög mikið í mínum málum og áföllum. Næ að opna mig um þetta og tjá mig við fagaðila sem ég hefði ekki gert áður. Ég er tilbúin núna loksins. En tek þetta skref fyrir skref. Það þýðir ekki að æða áfram og ætla að klára þetta á nokkrum dögum. Maður lærir að lifa með áföllunum og þau verða ekki þurrkuð út.

Áfallamiðuð nálgun

Áfallamiðaðri nálgun var ábótavant í flestum tilfellum meðal þátttakenda. Flestir þátttakenda höfðu hafið úrvinnslu sína seint á fullorðinsárum þar sem þeir voru ekki meðvitaðir um þau úrræði sem stóðu til boða eða að þeir gátu ekki borið sig eftir slíku. Konurnar höfðu borið sig frekar eftir faglegri aðstoð. Allir þátttakendurnir í rannsókninni töldu annars áfallamiðaða þjónustu í samfélaginu ákaflega mikilvæga. Úrvinnsla varðandi sálræn áföll hefur gríðarlegan mátt að þeirra mati og með slíku má fyrirbyggja og efla andlega og líkamlega líðan og heilsu. Lykilatriðið að mati þátttakenda er að áfallamiðuð þjónusta sé sýnileg og aðgengileg í samfélaginu og biðtími eftir þjónustu stuttur. Þátttakendur nefndu að einstaklingsmiðuð þjónusta væri mikilvægur þáttur og að hópastarf gæti verið gagnlegt varðandi úrvinnslu áfalla. Markviss eftirfylgd og stuðningur til lengri tíma væri einnig mikilvægur þáttur. Lykilatriðið væri að fagfólk innan heilbrigðiskerfisins gæfi sér tíma, væri meðvitað og opið fyrir umræðu um sálræn áföll skjólstæðinga sinna og gæti vísað í frekari úrræði væri þess þörf. Nefnt var einnig mikilvægi þess að fagstéttir heilbrigðisstarfsfólks ynni saman að markmiðum skjólstæðinga og markviss teymisvinna væri viðhöfð.

UMFJÖLLUN UM NIÐURSTÖÐUR

Upplifun þátttakenda af sálrænum áföllum

Allir þátttakendurnir í rannsókninni höfðu upplifað endurtekin sálræn áföll í æsku og á fullorðinsárum. Áföll í æsku gerðu þá án efa berskjaldaðri fyrir endurteknum áföllum á fullorðinsárum. Reynslan af sálrænu áfalli í æsku hafði áhrif á hvernig þeir tókust á við endurtekin áföll síðar. Rannsókn Su og Chen (2015) sýndi að eitt áfall getur haft áhrif á hvernig einstaklingar takast á við næsta áfall sitt með bjargráðum og þrautseigju. Bent var á að í ferlinu væri fölginn ákveðinn þroski og þrautseigja sem væri mikilvægt varðandi vöxt eftir sálræn áföll einstaklinga.

Margir af þátttakendunum bældu sálræn áföll sín niður eftir að þau áttu sér stað, einangruðu sig og fundu fyrir ótta og hræðslu. Konurnar í rannsókninni lýstu margar hverjar aðstæðum í daglegu lífi þar sem þeir hefðu misst algjöra stjórn á skapi sínu að tilefnislausu. Lítið þurfti til og þráðurinn var stuttur. Allir þátttakendur töldu að sálræn áföll sín hefðu haft sterk áhrif á þá til lengri tíma lítið og mótað líf þeirra og framtíð á ákveðinn hátt. Erlendar rannsóknarsamantektir styðja slíkt, að sálræn áföll hafi mikil áhrif á lífsgæði og afkomu einstaklinga til framtíðar (Read o.fl., 2018; Sigrún Sigurðardóttir o.fl., 2009; Sweeney o.fl., 2018).

Vanræksla í æsku og ábyrgðarskylda

Í umræddri rannsókn kom fram mikil vanræksla í æsku meðal margra þátttakendanna. Aðskilnaður, tengslaskortur og afskiptaleysi foreldra kom endurtekið fram. Þátttakendur upplifðu stöðuga streitu og tilfinningalegt álag, og andleg líðan þeirra var ekki góð í æsku og fram á fullorðinsár. Þau einkenni eru í samræmi við fræðilega rannsóknarsamantekt Hornor (2015) sem fjallaði um að einstaklingar sem verða fyrir sálrænum áföllum í æsku geta þróað með sér slíkt. Jafnframt var bent á að einstaklingar sem upplifa vanrækslu í æsku skorti stuðning og umhyggju sem hefur áhrif á þá síðar meir. Erfiðara verður fyrir þá að aðlagast og fóta sig í lífinu þar sem mikil áhrif geta komið fram á sjálfsmynd þeirra og öryggi sem rekja má til æskunnar.

Konurnar í rannsókninni báru allar mikla ábyrgð í tengslum við vanrækslu, sem fylgdi þeim fram á fullorðinsár og fannst þær vera skyldugar enn þann dag í dag til að bera slíka ábyrgð gagnvart fjölskyldu sinni. Þeim fannst þær bera gríðarlega ábyrgð gagnvart fjölskyldu sinni og að þeim bæri skylda til að vernda börn sín af ofuráverkni. Þá sérstaklega til að börn þeirra myndu ekki upplifa það sama og þær í æsku varðandi aðstæður á heimili sem snéri að vanrækslu og tengslaskorti við foreldra. Þær niðurstöður eru í samræmi við niðurstöður rannsóknar Sigrúnar Sigurðardóttur og Sigríðar Halldórsdóttur (2009) þar sem sýnt var fram á að ábyrgðarskylda í fari einstaklinga sem hafa orðið fyrir sálrænum áföllum í æsku, getur verið ríkjandi á fullorðinsárum og gagnvart eigin börnum.

Áhrif sálrænna áfalla á heilsufar

Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að sálræn áföll í æsku og á fullorðinsárum geta haft gríðarleg áhrif á heilsufar, bæði í æsku og síðar meir. Áhrif komu fram á bæði á geðræna og líkamlega heilsu þátttakenda. Þeir glímdu við fjölþætt heilsufarsvandamál bæði í æsku og á fullorðinsárum sem hafði haft mikil áhrif lífsgæði þeirra. Þær niðurstöður eru í samræmi við niðurstöður rannsókna Cascio (2019), Margrétar Ó. Tómasdóttur (2017) og Felitti o.fl. (1998). Þær rannsóknir sýndu fram á að sterk tengsl væru á milli sálrænna áfalla einstaklinga og fjölþættra heilsufarsvandamála. Ákveðinn vanmáttur og varnarleysi kom fram hjá einstaklingunum sem gerði þá útsettari fyrir hinum ýmsu heilsufarsvandamálum sem styður við þær niðurstöður sem um ræðir. Fræðileg rannsóknarsamantekt Dhabar (2014) sýndi jafnframt fram á að streita til langs tíma hefur mikil áhrif á ónæmiskerfi líkamans. Það verður veikara og einstaklingar verða því útsettari fyrir ýmsum heilsufarsvandamálum.

Sjálfskaðandi hegðun sem einkenndist af óhollu matarræði, reykingum, sjálfskaða á líkama o.fl. höfðu flestir karlmannanna í rannsókninni upplifað í tengslum við sálræn áföll sín. Fræðileg rannsóknarsamantekt Bryan (2019) styður við þær niðurstöður rannsóknarinnar. Einstaklingar sem hafa orðið fyrir sálrænum áföllum í æsku eru mun líklegri til að þróa með sér ýmis heilsufarsvandamál og algengt er að einstaklingar leiti í sjálfskaðandi hegðun. Sjálfsvígshugsanir í kjölfar sálrænna áfalla er þekkt fyrirbæri og erfiðleikar varðandi samskipti við hitt kynið. Slíkt kom fram meðal þátttakenda í rannsókninni en kynjamunur var þar á. Karlmennirnir glímdu mun frekar við slíkt. Fræðileg

rannsóknarsamantekt Hughes o.fl. (2017) sýndi jafnframt fram á þessa sömu þætti sem varða sjálfskaðandi hegðun og fjölþætt áhrif á líkamlega og andlega líðan.

Úrvinnsla og reynsla af áfallamiðaðri þjónustu

Titill rannsóknarinnar „Að taka skref fyrir skref“ er tilvitnun í einn þátttakanda rannsóknarinnar og er lýsandi fyrir reynslu þátttakendanna af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum, og gefur til kynna að úrvinnslan taki sinn tíma. Allir þátttakendur töldu áfallamiðaða þjónustu í formi stuðnings mikilvæga varðandi úrvinnslu á sálrænum áföllum sínum. Mikill kynjamunur var þó varðandi úrvinnslu á sálrænum áföllum. Karlmennirnir höfðu síður leitað eftir áfallamiðaðri þjónustu og studdust frekar við eigin bjargráð.

Flestir þátttakenda hófu úrvinnslu á sálrænum áföllum sínum seint á fullorðinsárum en þeir vissu oft ekki hvert þeir áttu að leita eftir áfallamiðaðri aðstoð fram að því. Þegar úrvinnslan hófst á fullorðinsárum fannst þeim gott að ræða opinskátt um reynslu sína og litu á sálræn áföll sín eins og ákveðin verkefni. Styrkleikar þeirra komu bersýnilega í ljós ásamt þrautseigju þrátt fyrir erfiða reynslu. Þær niðurstöður eru í samræmi við nokkrar meginlegar rannsóknir sem sýna fram á að tjáning einstaklinga um sálræn áföll sín skipti miklu máli m.t.t. úrvinnslu á áfalli og er því mikilvægt að einstaklingar byrgi ekki reynslu sína innra með sér (Furuta o.fl., 2018; Pfeiffer o.fl., 2018). Þátttakendur lýstu því að stuðningur fagfólks og meðferðarvinna áfallamiðaðrar þjónustu skipti höfuðmáli og hefði hjálpað þeim mikið. Styður það við fræðilegar samantektir á meginlegum og eigindlegum rannsóknum víðsvegar um

heiminn sem sýna endurtekið fram á mikilvægi stuðnings og áfallamiðaðrar þjónustu meðal einstaklinga sem hafa orðið fyrir sálrænum áföllum. Ávinningurinn er mikill því áfallamiðuð þjónusta hefur jákvæð áhrif á andlega og líkamlega líðan og afkomu, og því er úrvinnsla sálrænna áfalla aldrei of sein. Grípa þarf jafnframt boltann snemma og byrja úrvinnslu fyrr en seinna til að upplifa betri lífsgæði. (Carr o.fl., 2018; Schäfer o.fl., 2018). Þátttakendur nefndu jafnframt að stuðningur og eftirfylgd til lengri tíma væru lykilatriðið sem styður við rannsókn Huldu S. Bryngeirsdóttur o.fl. (2016), þar sem sýnt var fram á að stuðningur til lengri tíma, íhlutun og endurhæfing hefðu jákvæð áhrif á vöxt og bataferli einstaklinga eftir sálræn áföll. Bent var á að áhrif sálrænna áfalla geta jafnframt erfst á milli kynslóða og því úrvinnsla á sálrænum áföllum ákaflega mikilvæg. Það er einmitt mjög mikilvægur punktur sem þarf að hafa í huga í áfallamiðaðri þjónustu.

Þörf fyrir framtíðarrannsóknir

Þörf er á ítarlegri rannsóknnum varðandi áhrif sálrænna áfalla og úrvinnslu og innan heilsugæslunnar. Rannsaka þarf hvernig úrræði og meðferðir innan heilbrigðiskerfisins henta fyrir þessa einstaklinga.

Rannsóknarsamantekt Greer o.fl. (2019) fjallaði um að með áfallamiðaðri þjónustu megi fyrirbyggja ýmsa heilsufarskvilla sem koma fram í kjölfar sálrænna áfalla. Þar með verði sparnaður fyrir heilbrigðiskerfið. Þá er þörf á að rannsaka frekar langtímaafleiðingar sálrænna áfalla og kynjamun í tengslum við heilsufarsvandamál. Rannsóknarsamantekt Olff (2017) benti á að karlmenn leita sér síður aðstoðar eftir sálræn áföll þar sem þeir treysta meira á eigin getu til að takast á við slíkt heldur en konur

og falli því undir leyndan og viðkvæman hóp innan þessa þýðis. Rannsóknarsamantektir Fischer o.fl. (2019) og Stephens (2019) greindu frá að áhrif sálrænna áfalla geta erfst á milli kynslóða og verið menningarbundin. Hins vegar skortir jafnframt fleiri langtímarannsóknir varðandi það.

Þó að fjöldi rannsókna sýni fram á sterk tengsl milli áfalla og heilsufarsvanda á fullorðinsárum er erfitt að fullyrða hvort sálræn áföll ein og sér eigi þar fullan þátt hvað varðar heilsufarsvandamál síðar meir. Hugleiða má hins vegar um hvort það sé einn af samspilandi þáttum sem getur haft áhrif ásamt öðru, t.d. líffræðilegum þáttum og umhverfisaðstæðum.

Mikilvægi niðurstaðna rannsóknarinnar

Rannsóknarniðurstöðurnar auka við þekkingu og dýpka skilning á sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum einstaklinga innan heilsueflandi móttöku heilsugæslu og gefa til kynna mikilvægi áfallamiðaðrar þjónustu í starfi heilbrigðisstarfsfólks. Mikilvægar upplýsingar komu fram í tengslum við kynjamun og úrvinnslu á sálrænum áföllum sem vert er að hafa í huga í tengslum við áfallamiðaða þjónustu. Huga þarf betur að sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum skjólstæðinga innan heilbrigðiskerfisins samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar og komu fram nýjar niðurstöður um hvernig er hægt að efla áfallamiðaða þjónustu innan heilsugæslunnar og víðar út í samfélaginu.

LOKORD

Áhrifin eru skýr sem snúa að sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum. Áfallamiðuð þjónusta ætti að vera skilvirkur partur af heilbrigðisþjónustu. Skoða þarf frekar hvað er hægt að bæta til þess að slíkt gangi upp og hvaða hindranir liggja fyrir. Lykilatriði áfallamiðaðrar þjónustu er fólgið í auknum gæðum og eflingu á faglegri heilbrigðisþjónustu til framtíðar.

Hagnýting rannsóknarniðurstæðna

Nýjungar: Rannsóknarniðurstöðurnar auka við þekkingu og dýpka skilning á sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum einstaklinga innan heilsueflandi móttöku og gefa til kynna mikilvægi áfallamiðaðrar þjónustu í starfi heilbrigðisstarfsfólks. Mikilvægar upplýsingar komu fram varðandi kynjamun með tilliti til hvernig kynin bregðast á ólíkan hátt við sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum.

Hagnýting: Mikilvægt er að áfallamiðuð þjónusta sé hluti af heilbrigðisþjónustu og að hún sé veitt af fagmennsku, gæðum og umhyggju með hag og eflingu á vexti skjólstæðinga að leiðarljósi eftir sálræn áföll.

Þekking: Hjúkrunarfræðingar og annað fagfólk innan heilbrigðiskerfisins geta notað niðurstöðurnar sem grunn að samræðum við skjólstæðinga um sálræn áföll og heilsufarsvandamál. Þar með er hægt að veita faglega og styðjandi aðstoð og meðferðir.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: Hjúkrunarfræðingar eru í lykilhlutverki hvar sem þeir starfa gagnvart skjólstæðingum sem glíma við sálræn áföll og heilsufarsvandamál. Mikilvægt er að

hjúkrunarfræðingar geti veitt stuðning, faglegar meðferðir og viðeigandi fræðslu um úrræði eftir sálræn áföll. Bætt þekking hjúkrunarfræðinga á áhrifum sálrænna áfalla á heilsufar einstaklinga er mikilvæg ásamt þekkingu um áfallamiðaða nálgun.

Þakkir

Undirrituð vill fyrst og fremst þakka þátttakendunum tíu sem um ræðir fyrir þátttöku í rannsókninni. Allir deildu þeir reynslu sinni af velvilja og hugrekki á einstakan hátt og gerðu rannsóknina mögulega. Einnig þakkar undirrituð þeim samstarfsaðilum sem komu að rannsókninni:

Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga fyrir veittan rannsóknarstyrk úr B-hluta Vísindasjóðs.

HEIMILDASKRÁ

- American Psychological Association. (2018). *Trauma*. Sótt af <http://www.apa.org/topics/trauma/>
- Atwool, N. (2019). Challenges of operationalizing trauma-informed practice in child protection services in New Zealand. *Child & family social work*, 24(1), 25-32. doi:10.1111/cfs.12577
- Bryan, R. H. (2019). Getting to why: Adverse childhood experiences' impact on adult health. *The Journal for nurse practitioners*, 15(2), 157.e1. doi:10.1016/j.nurpra.2018.09.012
- Bryant, P. H., Hess, A. og Bowen, P. G. (2015). Social determinants of health related to obesity. *The Journal for Nurse Practitioners*, 11(2), 220-225. doi:10.1016/j.nurpra.2014.10.027
- Carr, A., Duff, H. og Craddock, F. (2018). A systematic review of the outcome of child abuse in long-term care. *Trauma, violence & abuse*, 20(10), 1-18. doi:10.1177/1524838018789154
- Cascio, K. A. (2019). Providing trauma-informed care to women exiting prostitution: Assessing programmatic responses to severe trauma. *Journal of trauma & dissociation*, 20(1), 100-113. doi:10.1080/15299732.2018.1502713
- Dhabhar, F. S. (2014). Effects of stress on immune function: the good, the bad, and the beautiful. *Immunologic research*, 58(2-3), 193-210. doi: 10.1007/s12026-014-8517-0.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. the adverse childhood experiences (ACE)

- study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Fischer, K. R., Bakes, K. M., Corbin, T. J., Fein, J. A., Harris, E. J., James, T. L. og Melzer-Lange, M. D. (2019). Trauma-informed care for violently injured patients in the emergency department. *Annals of emergency medicine*, 73(2), 193-202.
doi:10.1016/j.annemergmed.2018.10.018
- Furuta, M., Horsch, A., Ng, E. S. W., Bick, D., Spain, D. og Sin, J. (2018). Effectiveness of trauma-focused psychological therapies for treating post-traumatic stress disorder symptoms in women following childbirth: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 9. doi:10.3389/fpsyt.2018.00591
- Glennon, A., Pruitt, D. K. og Polmanteer, R. S. R. (2019). Integrating self-care into clinical practice with trauma clients. *Journal of human behavior in the social environment*, 29(1), 48-56.
doi:10.1080/10911359.2018.1473189
- Greer, D., Grasso, D. J., Cohen, A. og Webb, C. (2014). Trauma-focused treatment in a state system of care: Is it worth the cost? *Administration and policy in mental health*, 41(3), 317-323.
doi:10.1007/s10488-013-0468-6
- Halldórsdóttir, S. (2000). The Vancouver school of doing phenomenology. Í B. Fridlund og C. Hildingh (ritstj.), *Qualitative research methods in the service of health*, (bls. 47-81). Svíþjóð: Studentlitteratur.
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, F. M., O'Grady, E. T. (2014). *Advanced practice nursing – An integrative approach*. St Louis, Missouri: Elsevier. Kaflar 7-13 og kafli 15.

- Honor, G. (2015). Childhood trauma exposure and toxic stress: What the PNP needs to know. *Journal of pediatric health care*, 29(2), 191-198. doi: 10.1016/j.pedhc.2014.09.006.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. og Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet public health*, 2(8), 356-366. doi:10.1016/S2468-2667(17)30118-4.
- Hulda Sædís Bryngeirsdóttir, Sigrún Sigurðardóttir og Sigríður Halldórsdóttir. (2016). Mikilvægi styðjandi fagfólks við að ná vexti í kjölfar áfalla. *Þjóðarspejillinn XVII*, 1-14.
Sótt af <https://skemman.is/handle/1946/26426>
- Konkolý Thege, B., Horwood, L., Slater, L., Tan, M. C., Hodgins, D. C. og Wild, T. C. (2017). Relationship between interpersonal trauma exposure and addictive behaviors: A systematic review. *BMC psychiatry*, 17(1), 164. doi:10.1186/s12888-017-1323-1
- Margrét Ólafía Tómasdóttir. (2017). *Multimorbidity in the Norwegian HUNT population: an epidemiological study with reference to the concept allostatic load*. Doktorsritgerð. Norwegian University of science and technology and University of Iceland, 2-275.
Sótt af <https://hdl.handle.net/20.500.11815/473>
- McEwen, B. S. og Getz, L. (2013). Metabolism. *Metabolism*, 62, S26. doi: 10.1016/j.metabol.2012.08.020
- Meshberg-Cohen, S., Black, A. C., DeViva, J. C., Petrakis, I. L. og Rosen, M. I. (2019). Trauma treatment for veterans in buprenorphine maintenance treatment for opioid use disorder. *Addictive behaviors*, 89, 29-34. doi:10.1016/j.addbeh.2018.09.010

- Mohr, D. C., Rosen, C. S., Schnurr, P. P., Orazem, R. J., Noorbaloochi, S., Clothier, B. A., . . . Sayer, N. A. (2018). The influence of team functioning and workload on sustainability of trauma-focused evidence-based psychotherapies. *Psychiatric services*, 69(8), 879-886. doi:10.1176/appi.ps.201700432
- Nilni, Y. I., Mehralizade, A., Mayer, L. og Milanovic, S. (2018). Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. *Clinical psychology review*, 66, 136-148. doi:10.1016/j.cpr.2018.06.004
- Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *European journal of psychotraumatology*, 8(4). doi:10.1080/20008198.2017.1351204
- Pfeiffer, E., Sachser, C., Rohlmann, F. og Goldbeck, L. (2018). Effectiveness of a trauma-focused group intervention for young refugees: A randomized controlled trial. *Journal of child psychology and psychiatry*, 59(11), 1171-1179. doi:10.1111/jcpp.12908
- Read, J., Harper, D., Tucker, I. og Kennedy, A. (2018). How do mental health services respond when child abuse or neglect become known? A literature review. *International journal of mental health nursing*, 27(6), 1606-1617. doi:10.1111/inm.12498
- Rodríguez, R. R., Palacios, A., Alonso, T. J., Pérez, P., Álvarez, E., Coca, A., ...Llorente, A. (2019). Burnout and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles. *Australian critical care*, 32(1), 46-53. doi: 10.1016/j.aucc.2018.02.003.

- Schäfer, I., Hopchet, M., Vandamme, N., Ajdukovic, D., El-Hage, W., Egretau, L., . . . Murphy, D. (2018). Trauma and trauma care in europe. *European journal of psychotraumatology*, 9(1)
doi:10.1080/20008198.2018.1556553
- Sigríður Halldórsdóttir. (2013). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 281-298). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigrún Sigurðardóttir og Sigríður Halldórsdóttir. (2009). Tíminn læknar ekki öll sár: Fyrirbærafræðileg rannsókn á langvarandi afleiðingum kynferðislegs ofbeldis. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85(3), 38-49.
Sótt af https://timarit.is/view_page_init.jsp?pageId=6621220
- Stephens, T. N. (2019). Recognizing complex trauma in child welfare-affected mothers of colour. *Child & family social work*, 24(1), 42-49. doi:10.1111/cfs.12579
- Su, Y. og Chen, S. (2015). Emerging posttraumatic growth: A prospective study with pre- and posttrauma psychological predictors. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 7(2), 103-111. doi: 10.1037/tra0000008
- Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L. og Gillard, S. (2018). A paradigm shift: Relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych advances*, 24(5), 319-333.
doi:10.1192/bja.2018.29
- van den Berk-Clark, C., Secrest, S., Walls, J., Hallberg, E., Lustman, P. J., Schneider, F. D. og Scherrer, J. F. (2018). Association between posttraumatic stress disorder and lack of exercise, poor diet, obesity, and co-occurring smoking: A systematic review and meta-

analysis. *Health psychology*, 37(5), 407-416.

doi:10.1037/hea0000593

van der Merwe, A. og Hunt, X. (2019). Secondary trauma among trauma researchers: Lessons from the field. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 11(1), 10-18. doi:10.1037/tra000004

TÖFLUR

Tafla 1. Rannsóknarferill Vancouver-skólans í tengslum við umrædda
rannsókn

Rannsóknarpáttur	Það sem var gert í umræddri rannsókn
Þrep 1. Val á þátttakendum (val á úrtaki)	Valdir voru 10 þátttakendur; 5 konur og 5 karlmenn sem höfðu reynslu af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum. Um tilgangsurttak var að ræða.
Þrep 2. Undirbúningur hugans	Staldrað var við áður en samræður hófust við þátttakendur. Ígrundun átti sér stað varðandi fyrri hugmyndir um fyrirbærið og voru þær síðan lagðar til hliðar. Haldin var rannsóknardagbók þar sem vangaveltur, hagnýt atriði o.fl. kom fram. Aflað var upplýsinga um aðferðafræðina sem var notuð.
Þrep 3. Viðtölin – Þátttaka í samræðum (gagnasöfnun)	Tvö viðtöl voru tekin við hvern þátttakanda, samtals 20 viðtöl. Viðtölin voru í formi samræðna og rannsóknargagna því aflað þannig.
Þrep 4. Skerpt vitund varðandi hugmyndir og hugtök (byrjandi gagnagreining)	Gagnagreiningin hófst í fyrsta viðtalinu og hélt áfram út allt gagnasöfnunarferlið. Samræðurnar voru teknar upp og ritaðar orðréttar niður. Orð og atferli þátttakenda voru skráð niður.
Þrep 5. Þemagreining (að setja orð á hugmyndir)	Formleg greining á rannsóknargögnum hófst. Merkt var við ákveðin atriði, ígrundað

	og þeim gefin heiti. Horft var til kjarnans í því sem þátttakendur voru að segja varðandi reynslu sína af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum.
Þrep 6. Að smíða greiningarlíkan fyrir hvern þátttakanda	Öllum þemunum var ráðað saman og myndað greiningarlíkan sem skýrði heildarmynd þemanna í samræðunum við hvern þátttakanda. Fundinn var rauði þráðurinn í hverri frásögn.
Þrep 7. Staðfesting á hverju greiningarlíkani með viðkomandi þátttakanda	Þátttakendur fengu allir kynningu á sínum greiningarlíkönum. Með því var stuðlað að áreiðanleika og réttmæti rannsóknarinnar.
Þrep 8. Heildargreiningarlíkan er smíðað úr öllum einstaka líkönum þátttakenda	Smíðað var heildargreiningarlíkan úr hverju og einu líkani þátttakanda.
Þrep 9. Heildargreiningarlíkanið er borið saman við rannsóknargögnin	Lesið var endurtekið yfir öll viðtölin og þau borin saman við heildargreiningarlíkanið.
Þrep 10. Kjarni fyrirbærisins sem lýsir fyrirbærinu í hnotskurn er settur fram	Heiti rannsóknarverkefnisins var sett fram: „Að taka skref fyrir skref“: Reynsla einstaklinga í heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum.
Þrep 11. Staðfesting á heildargreiningarlíkani og yfirþema með einhverjum þátttakendum	Niðurstöðurnar voru bornar undir 5 þátttakendur. Gekk það vel og um rétta túlkun undirritaðrar að ræða.
Þrep 12. Niðurstöður rannsóknarinnar eru skrifaðar upp þannig að raddir allra þátttakenda heyrast.	Rödd allra þátttakendanna fékk að heyrast í niðurstöðum rannsóknarinnar. Vitnað var beint í orð þeirra til að sýna fram á birtingu fyrirbærisins. Með því var trúverðugleiki á fyrirbærinu og rannsókninni aukinn.

Byggt á Halldórsdóttir, S. (2000), bls. 47-81.

Tafla 2. ACE stigafjöldi hjá þátttakendum í rannsókninni

Þátttakandi/dulnefni	Aldur við þátttöku í rannsókn	ACE stigafjöldi	Tegundir sálrænna áfalla meðal þátttakenda á fyrstu 18 æviárum
Þátttakandi 1. Katrín	25 ára	8 stig	Fíknivandi, fangelsisvistun, skilnaður foreldra, heimilisofbeldi, líkamlegt ofbeldi, tilfinningalegt ofbeldi, líkamleg vanræksla, tilfinningaleg vanræksla
Þátttakandi 2. Halla	55 ára	6 stig	Geðrænn vandi, fíknivandi, líkamlegt ofbeldi, tilfinningalegt ofbeldi, tilfinningaleg vanræksla, kynferðisleg misnotkun
Þátttakandi 3. Sigrún	80 ára	2 stig	Tilfinningalegt ofbeldi, tilfinningaleg vanræksla

Þátttakandi 4. Hugrún	45 ára	3 stig	Fíknivandi, skilnaður foreldra, heimilisofbeldi
Þátttakandi 5. Ásta	30 ára	9 stig	Geðrænn vandi, fíknivandi, fangelsisvistun, skilnaður foreldra, heimilisofbeldi, líkamlegt ofbeldi, tilfinningalegt ofbeldi, líkamleg vanræksla, tilfinningaleg vanræksla
Þátttakandi 6. Jóhannes	55 ára	5 stig	Geðrænn vandi, fíknivandi, heimilisofbeldi, líkamlegt ofbeldi, tilfinningalegt ofbeldi
Þátttakandi 7. Einar	24 ára	3 stig	Fíknivandi, skilnaður foreldra, líkamlegt ofbeldi
Þátttakandi 8. Björn	25 ára	7 stig	Geðrænn vandi, fíknivandi, fangelsisvistun, skilnaður foreldra, líkamlegt ofbeldi,

			tilfinningalegt ofbeldi, kynferðisleg misnotkun
Þátttakandi 9. Alex	32 ára	2 stig	Skilnaður foreldra, líkamlegt ofbeldi
Þátttakandi 10. Össur	31 ára	6 stig	Geðrænn vandi, fíknivandi, heimilisofbeldi, líkamlegt ofbeldi, tilfinningalegt ofbeldi, tilfinningaleg vanræksla

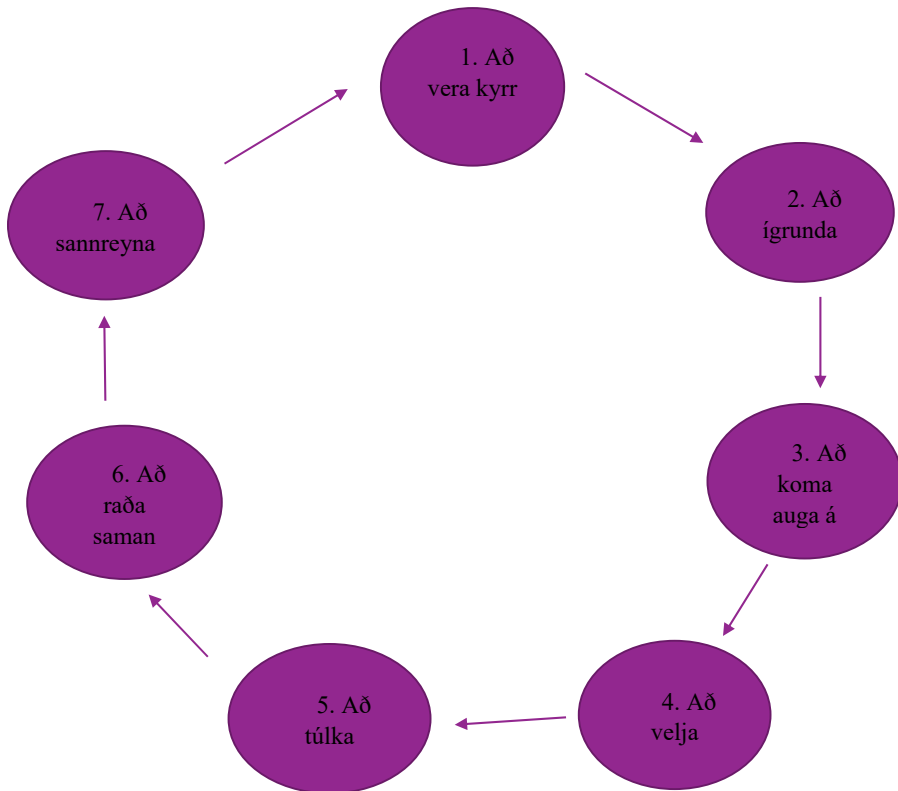
Tafla 3. Kynjamunur í ljósi meginþema í rannsókninni

Meginþemu	Sameiginleg atriði meðal kynja	Konur	Karlar
Endurtekin áföll	- Bæði kynin upplifðu margþætt og endurtekin sálræn áföll í æsku og á fullorðinsárum sem hafði haft gríðarleg áhrif á heilsufar þeirra.	- Konurnar höfðu leitað sér frekar faglegrar aðstoðar og oftast fyrir eftir sálræn áföll.	- Karlmennirnir bældu frekar tilfinningar sínar niður og kusu að notast við eigin bjargráð. - Sóttust frekar eftir faglegrri aðstoð síðar á fullorðinsárum.
Upplifun af áföllum	- Tjáðu að upplifun af sálrænum áföllum væri margþætt. - Streita og álag var stöðugt eða yfir tímabil. - Glímdu við fjölþætta erfiðleika tengda líkamlegri og geðrænni heilsu í ljósi sálrænna áfalla.	- Tjáðu sterkari ábyrgðarskyldu gagnvart fjölskyldu sinni. - Upplifðu frekar að missa á sér stjórn í hversdagslegum aðstæðum. - Tjáðu ákveðna skömm og leynd vera enn til staðar í tengslum við sálræn áföll sín.	- Bældu frekar niður sálræn áföll sín. - Skorti frekar stuðning í æsku frá fjölskyldu, utanaðkomandi og fagaðilum. - Upplifðu frekar einmanaleika og mikil einangrun var í æsku.
Líkamleg heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum	- Tjáðu öll fjölþætt líkamleg heilsufarsvandamál sem þau gátu tengt við sálræn áföll sín að hluta til.	- Upplifðu frekar síþreytu og orkuleysi. - Tjáðu endurteknar sýkingar tengt móðurlífi og fjölþætta verki víðsvegar um líkama.	- Tjáðu líkamleg vandamál stafa oftast af sjálfskaðandi hegðun í æsku s.s. verki víðsvegar um líkama - Höfðu leitað sjaldnar eftir faglegrri þjónustu vegna líkamlegra heilsufarsvandamála

Geðræn heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum	- Höfðu flest töluverða reynslu af geðrænum heilsufarsvandamálum	- Tjáðu frekar tilfinningar sínar og líðan á opinskáan hátt yfir æviskeið sitt.	- Bældu frekar niður tilfinningar og líðan. - Áttu frekar í erfiðleikum í samskiptum við hitt kynið. - Leituðu frekar í sjálfskaðandi hegðun s.s ofbeldi, vímuefnaneyslu - Höfðu oftast reynt að fremja sjálfsvíg vegna andlegrar vanlíðan.
Vanræksla í æsku	- Höfðu flest upplifað vanrækslu af hendi fjölskyldumeðlima í æsku.	- Sóttust frekar eftir stuðningi annarra í umhverfi. - Tjáðu sterkari ábyrgðarskyldu í æsku sem fylgdi þeim fram á fullorðinsár.	- Upplifðu sig hafa minni stuðning frá öðrum í umhverfi og sóttust jafnframt síður eftir slíku.
Úrvinnsla	- Hafa öll hafið úrvinnslu við sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum sínnum. - Taka skref fyrir skref varðandi úrvinnslu sálrænna áfalla sinna.	- Upplifa áfram gríðarlega ábyrgðarskyldu gagnvart fjölskyldu sinni. - Hafa sterkari framtíðarsýn.	- Upplifa sig bera ákveðna ábyrgð gagnvart fjölskyldu og eigin heilsufars- vandamálum síðar meir á fullorðinsáru. - Taka frekar einn dag í einu og lifa í núinu.

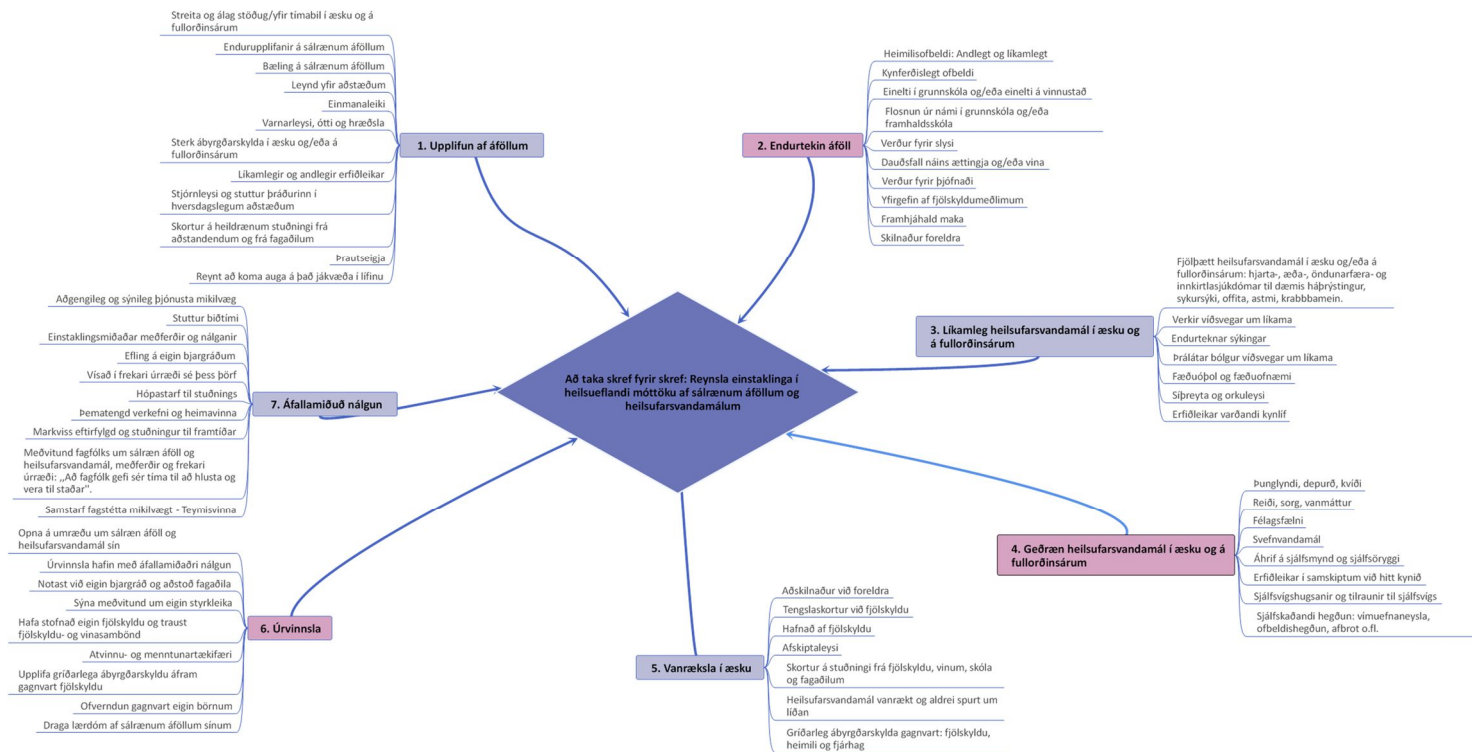
Áfallamiðuð nálgun	<ul style="list-style-type: none"> - Enginn kynjamunur er. - Bæði kynin eru sammála um gagnsemi og mikilvægi áfalla-miðaðrar þjónustu. - Láta í ljós svipaðar væntingar og hugmyndir varðandi áfallamiðaða þjónustu. 		
--------------------	---	--	--

Myndir



Mynd 1. Vitrænt vinnuferli Vancouver-skólans í fyrirbærafræði

Byggt á Halldórsdóttir, S. (2000), bls. 47-81



Mynd 2. Heildargreiningarlíkan þátttakenda í rannsókn byggt á þeim

Heimildaskrá – Fyrri hluti ritgerðar

- Abel, L., Walker, C., Samios, C. og Morozow, L. (2014). Vicarious posttraumatic growth: Predictors of growth and relationships with adjustment. *Traumatology: An International Journal*, 20(1), 9-18. doi: 10.1037/h0099375
- American Psychiatric association, (2013). Post-traumatic Stress Disorder. Í American Psychiatric association (ritstjórar), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. útgáfa) (bls. 271–280). Washington: American Psychiatric association.
- American Psychological Association. (2018). *Trauma*. Sótt af <http://www.apa.org/topics/trauma/>
- Atwool, N. (2019). Challenges of operationalizing trauma-informed practice in child protection services in New Zealand. *Child & family social work*, 24(1), 25-32. doi:10.1111/cfs.12577
- Beckie, T. M. (2012). A systematic review of allostatic load, health, and health disparities. *Biological Research for Nursing*, 14(4), 311-346. doi:10.1177/1099800412455688
- Beutel, M. E., Tibubos, A. N., Klein, E. M., Schmutzer, G., Reiner, I., Kocalevent, R. og Brähler, E. (2017). Childhood adversities and distress - the role of resilience in a representative sample. *PloS One*, 12(3), 1-14. doi:10.1371/journal.pone.0173826

- Bryan, R. H. (2019). Getting to why: Adverse childhood experiences' impact on adult health. *The Journal for nurse practitioners*, 15(2), 1-6. doi:10.1016/j.nurpra.2018.09.012
- Bryant, P. H., Hess, A. og Bowen, P. G. (2015). Social determinants of health related to obesity. *The Journal for nurse practitioners*, 11(2), 220-225. doi:10.1016/j.nurpra.2014.10.027
- Buja, A., Toffanin, R., Claus, M., Ricciardi, W., Damiani, G., Baldo, V. og Ebell, M. H. (2018). Developing a new clinical governance framework for chronic diseases in primary care: An umbrella review. *BMJ open*, 8(7), 1-17. doi:10.1136/bmjopen-2017-020626
- Carr, A., Duff, H. og Craddock, F. (2018). A systematic review of the outcome of child abuse in long-term care. *Trauma, violence & abuse*, 20(10), 1-18. doi:10.1177/1524838018789154
- Cascio, K. A. (2019). Providing trauma-informed care to women exiting prostitution: Assessing programmatic responses to severe trauma. *Journal of trauma & dissociation*, 20(1), 100-113. doi:10.1080/15299732.2018.1502713
- Champine, R. B., Matlin, S., Strambler, M. J. og Tebes, J. K. (2018). Trauma-informed family practices: Toward integrated and evidence-based approaches. *Journal of Child and Family Studies*, 27(9), 2732-2743. doi:10.1007/s10826-018-1118-0
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. J., . . . Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology*

review, 43, 128-141. Sótt af

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>

Dam, D. V., Ehring, T., Vedel, E. og Emmelkamp, P., M. (2013).

Trauma-focused treatment for posttraumatic stress disorder combined with CBT for severe substance use disorder: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13(172), 1- 13.

Sótt af <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-172>

Danese, A. og McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences,

allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29-39. doi:10.1016/j.physbeh.2011.08.019

Dhabhar, F. S. (2014). Effects of stress on immune function: the good,

the bad, and the beautiful. *Immunologic research*, 58(2-3), 193-210. doi: 10.1007/s12026-014-8517-0.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A.

M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8

Fischer, K. R., Bakes, K. M., Corbin, T. J., Fein, J. A., Harris, E. J.,

James, T. L. og Melzer-Lange, M. D. (2019). Trauma-informed care for violently injured patients in the emergency department. *Annals of emergency medicine*, 73(2), 193-202.

doi:10.1016/j.annemergmed.2018.10.018

- Furuta, M., Horsch, A., Ng, E. S. W., Bick, D., Spain, D. og Sin, J. (2018). Effectiveness of trauma-focused psychological therapies for treating post-traumatic stress disorder symptoms in women following childbirth: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 9. doi:10.3389/fpsyt.2018.00591
- Glennon, A., Pruitt, D. K. og Polmanteer, R. S. R. (2019). Integrating self-care into clinical practice with trauma clients. *Journal of human behavior in the social environment*, 29(1), 48-56. doi:10.1080/10911359.2018.1473189
- Goldstone, D. (2017). Cognitive-behavioural therapy versus psychodynamic psychotherapy for the treatment of depression: A critical review of evidence and current issues. *South African journal of psychology*, 47(1), 84-96. doi:10.1177/0081246316653860
- Greer, D., Grasso, D. J., Cohen, A. og Webb, C. (2014). Trauma-focused treatment in a state system of care: Is it worth the cost? *Administration and policy in mental health*, 41(3), 317-323. doi:10.1007/s10488-013-0468-6
- Greenberg, N., Brooks, S. og Dunn, R. (2015). Latest developments in posttraumatic stress disorder: Diagnosis and treatment. *British Medical Bulletin*, 114(1), 147-155. doi: 10.1093/bmb/ldv014
- Halldórsdóttir, S. (2000). The Vancouver school of doing phenomenology. Í B. Fridlund og C. Hildingh (ritstj.), *Qualitative research methods in the service of health*, (bls. 47-81). Svíþjóð: Studentlitteratur.

- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, F. M., O'Grady, E. T. (2014). *Advanced practice nursing – An integrative approach*. St Louis, Missouri: Elsevier. Kaflar 7-13 og kafli 15.
- Hornor, G. (2015). Childhood trauma exposure and toxic stress: What the PNP needs to know. *Journal of pediatric health care*, 29(2), 191-198. doi: 10.1016/j.pedhc.2014.09.006.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L, og Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet public health*, 2(8), 356-366. doi:10.1016/S2468-2667(17)30118-4.
- Hulda Sædís Bryngeirsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir. (2018). Eins og að fara niður svarta brekku og koma svo upp græna hlíðina: Reynsla fólks af auknum þroska í kjölfar sálrænna áfalla. *Timarit hjúkrunarfræðinga*, 1(94), 86-94. Sótt af <https://www.hjukrun.is/library/Skrar/Timarit/Timarit-2018/1-tbl-2018/SvortBrekkaGraenHlid.pdf>
- Hulda Sædís Bryngeirsdóttir, Sigrún Sigurðardóttir og Sigríður Halldórsdóttir. (2016). Mikilvægi styðjandi fagfólks við að ná vexti í kjölfar áfalla. *Þjóðarspegillinn XVII*, 1-14. Sótt af <https://skemman.is/handle/1946/26426>
- James, L. M., Engdahl, B. E., Leuthold, A. C., Lewis, S. M., Van Kampen, E. og Georgopoulos, A. P. (2013). Neural network modulation by trauma as a marker of resilience: Differences between veterans with posttraumatic stress disorder and resilient

- controls. *JAMA Psychiatry*, 70(4), 410-418.
doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.878
- Joiner, V. C. og Buttell, F. P. (2018). Investigating the usefulness of trauma-focused cognitive behavioral therapy in adolescent residential care. *Journal of evidence-informed social work*, 15(4), 457-472. doi:10.1080/23761407.2018.1474155
- Konkolý Thege, B., Horwood, L., Slater, L., Tan, M. C., Hodgins, D. C. og Wild, T. C. (2017). Relationship between interpersonal trauma exposure and addictive behaviors: A systematic review. *BMC psychiatry*, 17(1), 164. doi:10.1186/s12888-017-1323-1
- Lilja Dís Ragnarsdóttir. (2018). *Prevalence of traumas and PTSD in psychiatric population in Iceland*. Sótt af <http://hdl.handle.net/1946/30580>
- Marchand, a., nadeau, C., Beaulieu-Prévost, D., Boyer, r., og Martin, M. (2015). Predictors of post-traumatic stress disorder among police officers: a prospective study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(3), 212–221.
doi:10.1037/a0038780; 10.1037/a0038780.supp
- Margrét Ólafía Tómasdóttir. (2017). *Multimorbidity in the Norwegian HUNT population: an epidemiological study with reference to the concept allostatic load*. Doktorsritgerð. Norwegian University of science and technology and University of Iceland, 2-275. Sótt af <https://hdl.handle.net/20.500.11815/473>

- Martin, C. G., Cromer, L. D., Deprince, A.P. og Freyd, J. J. (2013). The role of cumulative trauma, betrayal, and appraisals in understanding trauma symptomatology. *Psychological Trauma*, 52(2), 110-118.
- Martinson, A., Craner, J. og Sigmon, S. (2016). Differences in HPA axis reactivity to intimacy in women with and without histories of sexual trauma. *Psychoneuroendocrinology*, 65, 118-126. doi: 10.1016/j.psyneuen.2015.12.025
- McEwen, B. S. og Getz, L. (2013). Lifetime experiences, the brain and personalized medicine: An integrative perspective. *Metabolism: Clinical and Experimental*, 62(1), 20-26. doi:10.1016/j.metabol.2012.08.020
- Meshberg-Cohen, S., Black, A. C., DeViva, J. C., Petrakis, I. L. og Rosen, M. I. (2019). Trauma treatment for veterans in buprenorphine maintenance treatment for opioid use disorder. *Addictive behaviors*, 89, 29-34. doi:10.1016/j.addbeh.2018.09.010
- Mohr, D. C., Rosen, C. S., Schnurr, P. P., Orazem, R. J., Noorbaloochi, S., Clothier, B. A., . . . Sayer, N. A. (2018). The influence of team functioning and workload on sustainability of trauma-focused evidence-based psychotherapies. *Psychiatric services*, 69(8), 879-886. doi:10.1176/appi.ps.201700432

- Muskett, C. (2014). Trauma-informed care in inpatient mental health settings: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(1), 51-59. doi:10.1111/inm.12012
- Murray, L. K., Dorsey, S., Haroz, E., Lee, C., Alsiahy, M. M., Haydary, A., . . . Bolton, P. (2014). A common elements treatment approach for adult mental health problems in low- and middle-income countries. *Cognitive and behavioral practice*, 21(2), 111-123. doi:10.1016/j.cbpra.2013.06.005
- Newman, J. L., Falligant, J. M., Thompson, K. R., Gomez, M. D. og Burkhart, B. R. (2018). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with adolescents with illegal sexual behavior in a secure residential treatment facility. *Children and youth services review*, 91, 431-438. Sótt af <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.06.028>
- NICE. (2014). *Obesity: identification, assessment and management – clinical guideline*. Sótt af <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189>
- Nillni, Y. I., Mehralizade, A., Mayer, L. og Milanovic, S. (2018). Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. *Clinical psychology review*, 66, 136-148. doi:10.1016/j.cpr.2018.06.004
- Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *European journal of psychotraumatology*, 8(4). doi:10.1080/20008198.2017.1351204

- Pfeiffer, E., Sachser, C., Rohlmann, F. og Goldbeck, L. (2018). Effectiveness of a trauma-focused group intervention for young refugees: A randomized controlled trial. *Journal of child psychology and psychiatry*, 59(11), 1171-1179. doi:10.1111/jcpp.12908
- Quadara, A. (2015). *Implementing trauma-informed systems of care in health settings: The WITH study*. State of Knowledge paper. Melbourne: Australian Institute of Family Studies. Sótt af <https://www.anrows.org.au/publications/landscapes-0/implementing-trauma-informed-systems-care-in-health-settings-the-study-state>
- Read, J., Harper, D., Tucker, I. og Kennedy, A. (2018). How do mental health services respond when child abuse or neglect become known? A literature review. *International journal of mental health nursing*, 27(6), 1606-1617. doi:10.1111/inm.12498
- Reykjavíkurborg. (2018). *Aðgerðaráætlun Reykjavíkurborgar gegn ofbeldi 2018-2020*. Bls. 1-15. Sótt af https://reykjavik.is/sites/default/files/skjol_borgarstjornarfundur/adgerdaraaetlun_gegn_ofbeldi.pdf
- Reykjavíkurborg. (2015). *Aðgerðaaætlun Reykjavíkurborgar í jafnréttismálum 2015-2019*. Bls. 1-15. Sótt af https://reykjavik.is/sites/default/files/ymis_skjol/skjol_utgefid_efn_i/adgerdaaetlun_reykjavikurborgar_i_jafnrettismalum_2015-2019.pdf
- Reykjavíkurborg. (e.d.). *Saman gegn ofbeldi*. Sótt af <https://reykjavik.is/saman-gegn-ofbeldi>

- Rodríguez, R. R, Palacios, A., Alonso, T. J., Pérez, P., Álvarez, E., Coca, A., ...Llorente, A. (2019). Burnout and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles. *Australian critical care*, 32(1), 46-53.
doi: 10.1016/j.aucc.2018.02.003.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: W. W. Norton & Company.
- SAMHSA Trauma and Justice Strategic Initiative. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. Rockville: Substance abuse and mental health services administration.
- Sanchez, S. E., Pineda, O., Chaves, D. Z., Zhong, Q., Gelaye, B., Simon, G. E., . . . Williams, M. A. (2017). Childhood physical and sexual abuse experiences associated with post traumatic stress disorder among pregnant women. *Annals of Epidemiology*, 27(11), 716-723. doi: 10.1016/j.annepidem.2017.09.012
- Schäfer, I., Hopchet, M., Vandamme, N., Ajdukovic, D., El-Hage, W., Egreteau, L., . . . Murphy, D. (2018). Trauma and trauma care in europe. *European journal of psychotraumatology*, 9(1)
doi:10.1080/20008198.2018.1556553
- Schmidt, N. B., Richey, J. A., Zvolensky, M. J. og Maner, J. K. (2008). Exploring human freeze responses to a threat stressor. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(3), 292-304.
doi:10.1016/j.jbtep.2007.08.002

- Sigrún Sigurðardóttir og Sigríður Halldórsdóttir. (2009). Tíminn læknar ekki öll sár: Fyrirbærafræðileg rannsókn á langvarandi afleiðingum kynferðislegs ofbeldis. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85(3), 38-49. Sótt af https://timarit.is/view_page_init.jsp?pageId=6621220
- Sigurdardottir, S., Halldorsdottir, S. og Bender, S. S. (2014). Consequences of childhood sexual abuse for health and well-being: Gender similarities and differences. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(3), 278-286. doi:10.1177/1403494813514645
- Stephens, T. N. (2019). Recognizing complex trauma in child welfare-affected mothers of colour. *Child & family social work*, 24(1), 42-49. doi:10.1111/cfs.12579
- Su, Y. og Chen, S. (2015). Emerging posttraumatic growth: A prospective study with pre- and posttrauma psychological predictors. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 7(2), 103-111. doi: 10.1037/tra0000008
- Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L. og Gillard, S. (2018). A paradigm shift: Relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych advances*, 24(5), 319-333. doi:10.1192/bja.2018.29
- Tomasdottir, M. O., Sigurdsson, J. A., Petursson, H., Kirkengen, A. L., Krokstad, S., McEwen, B., . . . Getz, L. (2015). Self reported childhood difficulties, adult multimorbidity and allostatic load. A cross-sectional analysis of the Norwegian HUNT study. *Plos One*, 10(6), 1-16. doi: 10.1371/journal.pone.0130591

- Torales, J., Barrios, I., Arce, A. (2017). The role of psychotherapy in domestic violence. *International journal of social psychiatry*. doi: 10.1177/0020764017731463
- van den Berk-Clark, C., Secrest, S., Walls, J., Hallberg, E., Lustman, P. J., Schneider, F. D. og Scherrer, J. F. (2018). Association between posttraumatic stress disorder and lack of exercise, poor diet, obesity, and co-occurring smoking: A systematic review and meta-analysis. *Health psychology*, 37(5), 407-416.
doi:10.1037/hea0000593
- van der Merwe, A. og Hunt, X. (2019). Secondary trauma among trauma researchers: Lessons from the field. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 11(1), 10-18.
doi:10.1037/tra0000414
- Wall, L., Higgins, D. og Hunter, C. (2016). *Trauma informed care in child/family welfare services*. Sótt af https://www.researchgate.net/profile/Cathryn_Hunter/publication/294775580_Trauma_informed_care_in_childwelfare_services_CFCA_Paper_No_37/links/56c3f61b08aee3dcd41682f0.pdf
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? an update. *World psychiatry*, 14(3), 270-277.
doi:10.1002/wps.20238
- Yumuk, V., Tsigos, C., Fried, M., Schindler, K., Busetto, L., Micic, D. og Toplak, H. (2015). European guidelines for obesity management in adults. *Obesity Facts*, 8(6), 402-424.
doi:10.1159/000442721

Viðauki A – Kynningarbréf



Reykjavík, febrúar 2019

Kynningarbréf og beiðni um þátttöku fyrir rannsóknina: „*Reynsla einstaklinga í heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum*“

Ágæti viðtakandi

Umrædd rannsókn er hluti af meistaranámi Rósíku Gestsdóttur hjúkrunarfræðings og meistaranemanda við heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri.

Með þessu kynningarbréfi er óskað eftir þátttöku þinni í rannsókn á reynslu af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum.

Ábyrgðarmaður rannsóknarinnar og leiðbeinandi er Dr. Sigrún Sigurðardóttir, lektor og deildarformaður framhaldsnámsdeildar heilbrigðisvísindasviðs (vs: 460-8473/sigrunsig@unak.is) og meðleiðbeinandi er Dr. Margrét Ólafía Tómasdóttir (vs: 513-5350 /margretolafia@gmail.com). Tilgangur rannsóknarinnar er að skoða reynslu og upplifun einstaklinga innan heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum.

Óskað er eftir þátttakendum í gegnum heimilislækna og hjúkrunarfræðinga í heilsueflandi móttöku á Heilsugæslunni í X. Þeir samstarfsaðilar munu leggja fyrir ACE spurningalistann til að kanna hvort um sálræn áföll sé að ræða. Skilyrði fyrir þátttöku í rannsókninni er að heildar stigafjöldi sem skorað er á ACE spurningalistanum sé 1-10 stig og um einhvers konar heilsufarsleg vandamál sé að ræða. Taka þarf mið af því að sálræn áföll sem um ræðir hafi ekki átt sér stað sl. 6 mánuði heldur sé lengra liðið frá. Gagnasöfnun fer fram í formi

djúpvíðtala sem verða hálfstöðluð en unnið verður með ACE spurningarlistann og ákveðinn viðtalsrammi til hliðsjónar. Að fengnu samþykki þátttakenda er tekið viðtal tvisvar sinnum í heildina yfir tveggja mánaðar tímabil en viðtölin taka um 40-60 mínútur og verða tekin upp og eytt strax að lokinni úrvinnslu. Viðtölin munu fara fram á Heilsugæslunni í X og verður ekki fjárhagslegur kostnaður fólgin í rannsókn fyrir þátttakendur. Ekki verður unnt að persónugreina gögnin né rekja þau á nokkurn hátt til þátttakenda. Farið er með allar upplýsingar eftir ströngustu reglum um nafnleynd og trúnað. Farið verður eftir lögum um persónuvernd við vinnslu og eyðingu gagna. Ef upp kemur vanlíðan í kjölfar viðtala í tengslum við rannsóknina stendur þátttakenda til boða tími hjá sínum heimilislækni eða sálfræðingi á Heilugæslunni í X. Tekið skal fram að um eitt frítt viðtal er þá að ræða og mun rannsakandi vísa áfram í úrræðið.

Bæði er um vísindalegan og hagnýtan ávinning að ræða í tengslum við rannsókn þessa. Vonast er eftir að með niðurstöðum verði aukin þekking og skilningur meðal fagfólks um reynslu einstaklinga af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum. Einnig að niðurstöður gefi til kynna hvernig er hægt að bæta áfallamiðaða þjónustu innan heilsugæslunnar og víðar í heilbrigðiskerfinu meðal þessa markhóps. Niðurstöður rannsóknarinnar verða kynntar innan sem utan Háskólans á Akureyri auk þess sem ætlunin er að birta niðurstöður rannsóknarinnar í tímariti á sviði heilbrigðisvísinda.

Taka skal fram að rannsókn þessi hefur fengið leyfi samstarfsaðila innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins ásamt leyfi frá Vísindasiðanefnd, Vísindasiðanefnd HH og HÍ og frá Persónuvernd.

Ég yrði þér þakklát fyrir þátttöku þína, þar sem hver þátttakandi skiptir máli í rannsókninni. Þér er velkomið að leita eftir frekari upplýsingum um rannsóknina með því að senda tölvupóst á netfangið rosika.gestsdottir@heilsugaeslan.is eða hringja í síma vs: 513-5200.

Með fyrirfram þakklæti, Rósíka Gestsdóttir

Fyrir hönd rannsakanda

Dr. Sigrún Sigurðardóttir, ábyrgðarmaður og leiðbeinandi rannsóknar

sigrunsig@unak.is, vs 460-8473

Viðauki B – Upplýst samþykki



Upplýst samþykki

Fyrir þátttöku í rannsókninni: *Reynsla einstaklinga í heilsuefandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum*

Ágæti þátttakandi

Undirrituð er að ljúka meistaranámi í heilbrigðisvísindum með áherslu á heilsugæsluhjúkrun við heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri. Meistaraverkefnið er eigindleg rannsókn á reynslu einstaklinga í heilsuefandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum.

Ábyrgðarmaður og leiðbeinandi er Dr. Sigrún Sigurðardóttir (sigrunsig@unak.is) og meðleiðbeinandi er Dr. Margrét Ólafía Tómasdóttir (margretolafia@gmail.com).

Tilgangur rannsóknarinnar er að skoða reynslu og upplifun einstaklinga í heilsuefandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum og reyna þar með að bæta meðvitund fagfólks, þjónustu og stuðning af hálfu heilsugæslunnar. Gagnasöfnun fer fram í formi djúpvíðtala sem verða hálfstöðluð en unnið verður með ACE spurningarlistann til hliðsjónar ásamt ákveðnum viðtalsramma. Að fengnu samþykki þínu tek ég tvisvar sinnum viðtal við þig yfir tveggja mánaða tímabil sem tekur um 40-60 mín í hvort skiptið, en viðtölin verða tekin upp og eytt strax að lokinni úrvinnslu. Ekki verður unnt að persónugreina gögnin né rekja þau á nokkurn hátt til þátttakenda. Allar upplýsingar sem þú gefur verður farið með eftir ströngustu reglum um

nafnleynd og trúnað. Ef upp kemur vanlíðan í kjölfar viðtala í tengslum við rannsóknina stendur til boða tími hjá sínum heimilislækni eða sálfræðing á Heilugæslunni í X. Tekið skal fram að um eitt viðtal er þá að ræða sem stendur þátttakendum rannsóknarinnar til boða og er þeim að kostnaðarlausu og mun rannsakandi vísa áfram í úrræðið.

Taka skal fram að rannsókn þessi hefur fengið leyfi samstarfsaðila innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins ásamt leyfi frá Vísindasiðanefnd, Vísindasiðanefnd HH og HÍ og frá Persónuvernd.

Með undirskrift minni staðfesti ég hér með að hafa lesið upplýsingar sem mér voru afhentar, hef fengið tækifæri að spyrja um rannsóknina og fengið fullnægjandi svör. Ég hef af fúsum og frjálsum vilja ákveðið að taka þátt í rannsókninni og ég get hvenær sem er hætt þátttöku án útskýringa eða eftirmála. Mér er ljóst að öllum hljóðrituðum gögnum verður eytt að lokinni orðréttri skráningu í aðgangsstýrðri tölvu rannsakanda, þar sem einungis rannsakandi og ábyrgðarmaður hafa aðgang að.

Undirskrift þátttakanda

Dagsetning

Undirrituð staðfestir hér með að hafa veitt upplýsingar um framkvæmd og tilgang rannsóknar og er það í samræmi við lög og reglur um vísindarannsóknir.

Rósíka Gestsdóttir meistaranemi á Heilbrigðisvísindasviði,
Háskólans á Akureyri. Netfang: rosika.gestsdottir@heilsugaeslan.is

Upplýst samþykki fyrir rannsóknina er í tvíriti og þátttakandi heldur eftir eintaki

Viðauki C – Hálfstaðlaður viðtalsrammi



1. Hver er ástæðan fyrir að þú leitar eftir aðstoð í heilsueflandi móttöku heilsugæslunnar?

2. Hver er reynsla þín af sálrænum áföllum í bernsku og síðar meir?

- Hversu langt er síðan umrætt áfall átti sér stað?
- Um hvers konar áfall var að ræða?
- Upplifðir þú einhvers konar sálræn áföll í bernsku sem voru ekki tekin fram á ACE spurningalistanum s.s. einelti í æsku, dauðsfall náins ættingja, náttúruhamfarir o.fl.?

3. Hvernig var líðan þín í kjölfar áfallsins?

- Hvaða tilfinningum fannstu fyrir eftir áfallið?
- Telur þú að áfallið hafi haft áhrif á þig til lengri tíma litið og þá hvernig?
- Hefur þú upplifað líkamlega og/eða andlega kvilla/heilsufarsvandamál í ljósi sálrænna áfalla?
- Hefur þú leitað þér faglegrar aðstoðar í tengslum við líkamlega og/eða andlega kvilla í ljósi sálrænna áfalla?
- Telur þú að líkamlegir og/eða andlegir kvillar/heilsufarsvandamál eigi rætur sínar að rekja til sálræns áfalls sem þú hefur upplifað og þá hvernig?

4. Hvernig var stuðningur í kjölfar áfallsins?

- Var einhvers konar stuðningur í boði í kjölfar áfallsins og þá hvernig stuðningur?
- Var áfallamiðuð þjónusta aðgengileg og sýnileg að þínu mati?

- Nýttir þú þér þann stuðning sem stóð til boða ef einhver var og þá hvernig?
- Er eitthvað sem þér fannst vanta uppá varðandi áfallamiðaðan stuðning og þá hvernig?
- Hefur þú notast við einhvers konar eigin bjargráð við sálrænu áfalli og þá hvernig?

5. Var fagleg og markviss eftirfylgd í boði varðandi áfallamiðaða þjónustu þegar leið lengra frá áfalli?

- Telur þú þig hafa fengið viðeigandi og faglega aðstoð sem var fólgin í markvissum meðferðum með tilliti til úrvinnslu á sálrænu áfalli?

Ef já, hvernig var eftirfyldinni háttað og fannst þér hún gagnast þér að einhverju leyti?

Ef nei, hefðir þú viljað eftirfyld? Ef svo er, hversu mikla og hvernig eftirfyld hefðir þú kosið?

6. Hvernig er að þínu mati hægt að bæta áfallamiðaða þjónustu?

- Telur þú að áfallamiðuð þjónusta innan heilsugæslunnar og víðar út í samfélaginu geti komið að gagni við úrvinnslu sálrænna áfalla og þá hvernig?
- Telur þú að gott og skjótt aðgengi að áfallamiðaðri þjónustu skipti máli og hvernig væri hægt að bæta slíkt?
- Er eitthvað sérstakt sem þú ráðleggur þeim einstaklingum sem hafa reynslu af sálrænum áföllum?

7. Hefur þú spurningar í lokin?

- Hefur þú einhverjar spurningar í lokin um viðfangsefni rannsóknar eða vilt koma öðru á framfæri?

Viðauki D – ACE spurningalistinn

ACE-spurningalistinn

ERFIÐ REYNSLA Í UPPVEXTI

ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES (ACEs)

Hér á eftir fer ACE-spurningarlistinn. Hann felur í sér tíu spurningar um áföll og erfiða reynslu á jafn mörgum sviðum á fyrstu 18 æviárum þínum.

Við hvetjum þig til að svara spurningunum vandlega og ræða niðurstöðurnar við heimilislækninn þinn ef tilefni er til og alveg sérstaklega ef þær fela í sér fjögur ACE-stig eða fleiri.

Heimilislæknirinn getur gefið þér ráðleggingar um hvernig þú getur spornað við hugsanlegum afleiðingum óæskilegrar reynslu í æsku á andlega- og líkamlega líðan þína og aðstæður.

Gangi þér vell!

Geðrænn vandi

1. Bjó einhver á heimili þínu sem þjáðist af þunglyndi, öðrum geðrænum vandamálum eða sjálfsmorðshugleiðingum?

Fíknivandi

2. Bjó einhver á heimili þínu sem átti við áfengisvandamál að stríða, var alkóhólisti, misnotaði lyf eða fíkniefni?

Fangelsisvistun

3. Bjó einhver á heimili þínu sem fór einhvern tímann í gæsluvarðhald eða fangelsi?

Skilnaður foreldra

4. Slitu foreldrar þínir einhvern tímann samvistum eða skildu?

Heimilisofbeldi

5. Sást þú eða heyrðir þú foreldri eða heimilismeðlim vera sleginn, kýldan, sparkað í eða verða fyrir öðrum barsmíðum á heimili þínu?

Líkamlegt ofbeldi

6. Flengdi, sló, sparkaði, kýldi eða lamdi foreldri, forráðamaður eða annar heimilismeðlimur þig?

Tilfinningalegt ofbeldi

7. Varstu móðgaður, niðurlægður, var öskrað eða æpt á þig eða þér blótað af foreldri, forráðamanni eða öðrum heimilismeðlimi?

Likamleg vanræksla

8. Vanræktu foreldrar þínir í langan tíma að sjá þér fyrir fullnægjandi mat og drykk, hreinum fatnaði eða hreinu og hlýju húsnæði.

Tilfinningaleg vanræksla

9. Fannst þér oft eða mjög oft að enginn í fjölskyldu þinni elskaði þig eða fannst að þú værir mikilvæg(ur) eða einstök/einstakur? Eða að fjölskyldumeðlimir í fjölskyldunni þinni pössuðu ekki upp á hvern annan, væru ekki nánir hver öðrum eða studdu hvern annan?

Kynferðisleg misnotkun

10. Snerti einhver þig á kynferðislegan hátt þegar þú vildir ekki að hann/hún gerði það?

Reyndi einhver að láta þig snerta sig kynferðislega þegar þú vildir ekki að hann/hún gerði það?

Reyndi einhver að þvinga þig til maka (munnmaka, endaparmsmaka eða kynmaka) þegar þú vildir ekki að hann/hún gerði það?

Spurningunni er svarað játandi ef eitthvað af ofangreindu gerðist einu sinni eða oftar.

Viðauki E – Samstarfslýsing A



Efni: Vegna meistararannsóknar Rósíku Gestsdóttur nemanda við Háskólann á Akureyri um reynslu einstaklinga í heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum

Ég undirrituð/undirritaður, svæðisstjóri og fagstjóri hjúkrunar á Heilsugæslunni í X, veiti hér með samþykki mitt fyrir að eftirfarandi rannsókn *Reynsla einstaklinga í heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum* verði framkvæmd á Heilsugæslunni í X á vorönn 2019 og hef jafnframt kynnt mér hvað felst í rannsókninni.

Staður/Dagsetning

Nafn samstarfsaðila, starfsheiti

Viðauki F – Samstarfslýsing B



Efni: Vegna meistararannsóknar Rósíku Gestsdóttur nemanda við Háskólann á Akureyri um reynslu einstaklinga í heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum

Ég undirrituð/undirritaður veiti hér með samþykki mitt fyrir hönd heimilislækna á Heilsugæslunni í X, að þátttakendur geti leitað til heimilislæknis síns á Heilsugæslunni í X sem mun bregðast skjótt við, ef flóknar tilfinningar í kjölfar sálrænna áfalla vakna í kjölfar viðtala í rannsókninni *Reynsla einstaklinga í heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum*.

Staður/Dagsetning

Nafn samstarfsaðila, starfsheiti

Viðauki G – Samstarfslýsing C



Efni: Vegna meistararannsóknar Rósíku Gestsdóttur nemanda við Háskólann á Akureyri um reynslu einstaklinga í heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum

Ég undirrituð/undirritaður, sálfræðingur á Heilsugæslunni í X, veiti hér með samþykki mitt að þátttakendur geti leitað til mín eftir sálfræðipjónustu þar sem verður brugðist skjótt við, ef flóknar tilfinningar í kjölfar sálrænna áfalla vakna í kjölfar viðtala í rannsókninni *Reynsla einstaklinga í heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum*.

Staður/Dagsetning

Nafn samstarfsaðila, starfsheiti

Viðauki H – Yfirlýsing varðandi tímaritsgrein



Hér með staðfestist að tímaritsgrein hefur verið send í ritrýni til Tímarits Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga þann 14.ágúst 2019, í tengslum við rannsókn Rósíku Gestsdóttur: „Að taka skref fyrir skref“: *Reynsla einstaklinga í heilsuefandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum*. Tímaritsgreinin er hluti af meistararitgerð Rósíku og má sjá hana sem síðari hluta af ritgerð hennar. Leiðbeiningar til höfunda ritrýndra fræðigreina fyrir Tímarit Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga má sjá á slóðinni: <https://www.hjukrun.is/library/SkrarNeW/Timaritid/RitryndarGreinar.pdf>

Staður/Dagsetning

Reykjavík, 14. Ágúst 2019

Nafn meistaránemanda:

Rósíka Gestsdóttir

Nafn aðalleiðbeinanda:

Dr. Sigrún Sigurðardóttir